

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 juillet 2017

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

D. _____, à [...], recourant, représenté par Unia Vaud, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8, 28 al. 2 LAI

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], gaucher, a œuvré pour le compte d'Y. _____ dès le 2 avril 2007 en qualité de maçon sans formation.

Un examen par IRM lombaire pratiqué le 22 septembre 2011 a mis en évidence une volumineuse hernie discale vraisemblablement sous-ligamentaire L4-L5 postéro-paramédiane et latérale gauche avec un fragment ascendant entraînant une contrainte sur la racine L4 correspondante, apparemment asymptomatique (pas de cruralgie) et une déviation du trajet intrathécal de la racine L5 et S1 correspondantes.

L'assuré a présenté une totale incapacité de travail à compter du 14 juin 2012.

Le 28 juin 2012, l'assuré s'est soumis à une IRM cervicale, laquelle a conclu à une protrusion discale C5-C6 postéro-latérale gauche rétrécissant l'entrée du trou de conjugaison et pouvant comprimer la racine C6 correspondante.

A teneur d'un rapport de radiographie du bassin du 16 octobre 2012, les douleurs de la hanche gauche pouvaient s'expliquer par un conflit fémoro-acétabulaire gauche favorisé par la morphologie de la tête fémorale avec un angle de Nötzli pathologique. Le radiologue a proposé de procéder à une arthro-IRM de la hanche gauche.

Le 6 novembre 2012, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), au motif qu'il souffrait d'une hernie de la colonne vertébrale.

Renseignant l'OAI par le biais d'un questionnaire du 29 novembre 2012, Y. _____ a indiqué que l'assuré travaillait à hauteur de

42,5 heures par semaine, pour un salaire horaire de base de 30 fr. 25 (soit 37 fr. 54 indemnités de vacances, jours fériés et 13^{ème} salaire compris).

Dans un rapport daté du 25 décembre 2012 à l'OAI, la Dresse F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de compression C6 par protrusion discale depuis décembre 2012. La praticienne a également observé un conflit fémoro-acétabulaire gauche et une volumineuse hernie L4/L5 en régression, restant toutefois sans incidence sur la capacité de travail. La Dresse F._____ a attesté une totale incapacité de travail en qualité de maçon de juin 2012 au 9 janvier 2013, date à partir de laquelle elle a préconisé une reprise d'activité à 100%. Elle a notamment transmis à l'OAI trois rapports des 15 août, 26 novembre et 7 décembre 2012 de la Dresse Z._____, rhumatologue et médecin-chef auprès du P._____, à laquelle elle avait adressé son patient.

Dans un avis du 22 janvier 2013, le Dr L._____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), a estimé qu'il n'existait au dossier aucun élément allant à l'encontre d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Manquaient toutefois des informations quant aux limitations fonctionnelles, au sujet desquelles la Dresse Z._____ devait être interrogée.

Dans un rapport du 6 mars 2013, la Dresse Z._____ a fait savoir à l'OAI qu'elle n'était pas en mesure d'arrêter des limitations fonctionnelles exactes durant les dix-huit mois à venir, compte tenu du « contexte douloureux extrêmement chronique sévère avec lombosciatique gauche ». Elle a estimé que la situation n'était peut-être pas définitive, compte tenu de la poursuite de la prise en charge (physiothérapie, école du dos, reconditionnement à l'effort).

S'adressant à nouveau à l'OAI le 3 octobre 2013, la Dresse Z._____ a indiqué qu'elle n'avait pas revu le patient depuis le 22 mai 2013 et que la dernière séance de physiothérapie dispensée au P._____ avait eu lieu le 29 mai 2013.

Aux termes d'une proposition de décision de principe (DDP) du 16 octobre 2013, le spécialiste en réinsertion professionnelle en charge du dossier de l'assuré a indiqué que, bien qu'en présence d'un préjudice économique limité à 18,63%, l'assuré serait mis au bénéfice de mesures d'orientation professionnelle, compte tenu de son âge et de sa motivation.

A teneur d'une note de suivi du 16 octobre 2013 au dossier de l'OAI, l'assuré a fait savoir qu'il avait été en incapacité de travail à 100% en raison d'une dépression, qu'il avait été suivi par le Dr N._____, psychiatre, du 23 février au 15 juillet 2013, qu'il n'avait pas vu de médecins depuis lors, mais qu'il était toujours sous médication.

Dans un avis du SMR du 20 janvier 2014, le Dr L._____ a préconisé la mise en œuvre d'une expertise auprès du Dr W._____, rhumatologue.

Pour les besoins de l'expertise, l'assuré a été examiné le 3 mars 2014 par le Dr W._____. Dans son rapport du 4 mars 2014, le rhumatologue a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies chroniques, de lombosciatalgies gauches chroniques, de troubles disco-dégénératifs du rachis et de conflit coxo-fémoral gauche. Le Dr W._____ a fait l'appréciation suivante du cas :

« Monsieur D._____ est un maçon de [...] ans, victime en 2011 d'une lombalgie compliquée d'une irradiation douloureuse intéressant le membre inférieur gauche, symptomatologie ayant parfaitement régressé sous traitement conservateur et pour laquelle il a bénéficié d'une incapacité de travail d'environ 1 mois. Une IRM lombaire réalisée le 22 septembre 2011 a permis de mettre en lumière une discopathie L4-L5 et L5-S1, se rajoutant d'un effet Modic de ce dernier niveau (témoin inflammatoire IRM des contraintes mécaniques absorbées par les vertèbres en sus et sous jacentes), se rajoutant de discrets troubles dégénératifs des articulations postérieures de ces mêmes niveaux, ainsi qu'une hernie discale postéro médiane latérale gauche de L4-L5 ainsi qu'une protrusion postéro-paramédiane droite de L5-S1.

En raison d'une exacerbation de cervicalgies, compliquées d'une irradiation douloureuse intéressant le membre supérieur gauche, l'assuré est en incapacité de travail de 100% dès le 14 juin 2012. L'IRM cervicale du 28 juin 2012 a permis de vérifier une discopathie protrusive de C5-C6.

Sous couvert de mesures conservatrices alliant la prise de médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, complétées de nombreuses séances de physiothérapie, les brachialgies gauches se sont progressivement amendées, l'assuré gardant des douleurs cervicales mais aussi lombaires se prolongeant à la fesse et à la péri-hanche gauche, bilan complémentaire ayant permis de mettre en lumière un conflit coxo-fémoral de ce côté, la nouvelle IRM lombaire réalisée le 4 décembre 2012 étant superposable à celle réalisée en septembre 2011 au-delà d'une importante régression de l'hernie discale L4-L5 gauche transformée en discopathie du même côté.

L'examen clinique vérifie une certaine altération douloureuse de la mobilité tronculaire, avec une distance doigts-sol de 20cm, un Schober lombaire de 10-14 cm, relèvement marqué d'une inversion du rythme lombo-pelvien antalgique, des inclinaisons latérales de 25°, une extension de 15°, mobilisations algiques à la charnière lombo-sacrée dès l'initiation du geste, palpation segmentaire vérifiant des douleurs para-cervicales gauches se prolongeant au muscle trapèze et à l'angulaire de l'omoplate de ce côté, des douleurs médianes para-médianes bilatérales de L4-L5 et de L5-S1 prédominant du côté gauche, se rajoutant des zones d'insertionnelles intéressant la crête iliaque et la musculature fessière du même côté. Il n'y a pas d'altération de la mobilité cervicale ni des grosses comme des petites articulations périphériques, au-delà d'une petite restriction en rotation interne de la hanche gauche indolore. Il n'y a pas d'arthrite ni de synovite. Il n'y a pas de syndrome irritatif des membres, les réflexes ostéo-tendineux sont vifs et symétriques, il n'y a pas d'altération de la force ni troubles de la sensibilité.

Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assuré comme maçon est nulle en regard des travaux de force, des contraintes rachidiennes régulières et de la position debout prolongée qu'implique cette activité professionnelle.

Dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charge au-delà de 5 kg de manière régulière et de 10 kg de manière ponctuelle, les mouvements répétitifs de la nuque et du rachis en porte-à-faux, travail excluant la marche prolongée au-delà d'une heure principalement en terrain inégal, travail autorisant l'alternance de la position assise et debout au-delà d'une heure, la capacité de travail de l'assuré est entière, sans diminution de rendement.

Du point de vue thérapeutique, l'expert n'a pas de mesure magistrale à proposer au-delà de la poursuite des médicaments antalgiques à la demande, se complétant d'une activité physique régulière à même d'éviter les rétractations musculaires et le raidissement articulaire. »

L'assuré a bénéficié de mesures d'ordre professionnel, notamment sous forme de cours de français, d'un accompagnement de coaching et de stages.

L'assuré a ainsi participé à une mesure d'orientation professionnelle « [...] » du 19 août au 7 novembre 2014, mise en œuvre par la K._____. Dans ce cadre, il a suivi un stage au sein du service

d'intendance de l'EMS B. _____ du 7 au 31 octobre 2014, qui a donné lieu un rapport final daté du 12 novembre 2014.

Dans la cadre d'une seconde mesure d'orientation professionnelle prévue du 9 février au 1^{er} mai 2015, puis prolongée jusqu'au 31 août 2015, l'assuré a suivi un stage d'aide-concierge auprès de la O. _____ dès le 16 mars 2015. L'assuré devait travailler à 50% dans un premier temps, puis à 100% du 6 avril au 15 mai 2015. Selon une note d'entretien du 6 mai 2015, l'assuré n'a pu travailler que deux semaines à 100%, à la suite de quoi son taux de travail a dû être ramené à 50%. Estimant qu'un passage de 50 à 100% avait peut-être été trop brusque, l'OAI a instauré une augmentation progressive du taux d'activité dès mi-mai 2015 et a prolongé le stage jusqu'à la fin août 2015. L'assuré a présenté une incapacité de travail du 29 mai au 3 juin 2015, puis du 15 juin 2015 au 22 juin 2016, selon une note d'entretien du 22 juin 2015 du spécialiste en réinsertion professionnelle, qui s'étonnait toutefois du fait que l'assuré soit venu apporter son certificat médical en vélo. Aux termes d'une note d'entretien du 3 septembre 2015, l'assuré est parvenu à travailler à 100% dès le début juillet 2015 et a tenu à ce taux jusqu'au 31 août 2015, date de la fin du stage, période durant laquelle il avait pris deux semaines de vacances. Le taux de 100% dans cette activité avait été bien géré par l'assuré, sans fatigabilité. L'employeur avait indiqué que sa rentabilité était en adéquation avec son taux de présence et qu'il était très satisfait de la qualité de son travail.

Le 1^{er} septembre 2015, l'assuré a été engagé comme concierge de l'immeuble dans lequel il était domicilié, pour un salaire mensuel brut de 823 francs.

Le 17 novembre 2015, le spécialiste en réinsertion de l'OAI en charge de l'assuré a rédigé le rapport final suivant :

« Résumé de la situation personnelle du bénéficiaire

Homme de [...] ans, marié, un enfant, scolarité de 4 ans S. _____, puis travaille comme manoeuvre puis comme maçon. Environ 23 ans d'expérience comme maçon dont 6 en Suisse.

Le calcul du préjudice financier fait en 2013 donnait un taux d'invalidité de 18,63%.

Vu le jeune âge de l'assuré il avait été convenu de lui ouvrir un droit à des Mop [mesures d'orientation professionnelle] et une formation de courte durée (ged [gestion électronique des données] 21.10.2013 proposition DDP [décision de principe]).

Résumé des mesures professionnelles mises en place et résultats :

Orientation 15 LAI initialement prévue du 19.05.2014 au 02.07.2014 au V. _____ [V. _____].

Cette mesure a dû être interrompue, la capacité d'apprentissage très faible de l'assuré, sa difficulté en français dans la compréhension des consignes font qu'une formation au V. _____ ne pouvait être mise en place.

Une nouvelle orientation 15 LAI chez K. _____ mise en place du 19.08.2014 au 07.11.2014 avec cours de français en obtenant un niveau A1. Une piste professionnelle d'employé polyvalent en EMS est ressortie. Sommes moyennement convaincus de cette piste.

Un coaching en 15 LAI est mis en place pour aider l'assuré à trouver une place de stage, et valider cette piste. Coaching mis en place du 09.02.2015 au 01.05.2015 puis prolongé du 16.05.2015 au 31.08.2015.

Stage d'aide de concierge à la O. _____ du 16.03.2015 au 06.04.2015, puis prolongé au 31.08.2015.

L'assuré a commencé le stage à 50% pour terminer à temps complet. Il a démontré qu'en respectant les limitations fonctionnelles, son travail était de qualité.

Au vu de ses bons résultats, avons mis en place un projet pour un cours d'agent de maintenance au [...], et dans cette optique octroyé des cours de français privés à l'assuré du 01.06.2015 au 25.09.2015. Le niveau B1 est nécessaire pour cette formation.

Malheureusement, retombons sur le frein principal de l'assuré, mis à part le français, à savoir les difficultés d'apprentissage et les difficultés cognitives. Les progrès espérés en français après 4 mois de cours individuels n'ont pas été présents et avons renoncé à notre objectif d'acquérir les bases nécessaires de français pour le cours d'agent de maintenance.

Conclusion :

Rapport d'examen SMR du 19.03.2014

Capacité de travail dans l'activité habituelle : maçon 0%, selon :

Capacité de travail dans une activité adaptée : 100%

LF : pas de travaux lourds, pas de port de charge régulier > que 5kg, et ponctuel >10 kg, pas de mouvements répétitifs de la nuque et du rachis en porte-à-faux, par de marche > 1heure d'affilée et principalement en terrain irrégulier, possibilité d'alterner les positions assises et debout au moins une fois par heure.

Voir calcul ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] ged 25.10.2013

Revenu sans invalidité : Fr. 72'702 en 2013

Revenu avec invalidité : Fr. 59'156.82 en 2013
Préjudice économique : Fr. 13'454.18 Degré d'invalidité : 18.63%

Fermons le dossier REA et octroyons une aide au placement.
L'assuré a un droit LACI ouvert depuis novembre 2015. »

Le 18 novembre 2015, l'assuré a été informé qu'une aide au placement lui était reconnue.

Dans un rapport du 4 janvier 2016 à l'OAI, le Dr N._____ a fait savoir qu'il suivait l'assuré depuis février 2013. Il a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), depuis février 2013, précisant que le dernier contrôle remontait au 3 juin 2015. Il a estimé qu'une activité telle que concierge était envisageable à 50% maximum alors qu'à 100%, les douleurs articulaires étaient telles que le patient ne pouvait plus travailler, malgré toute sa bonne volonté. Il renvoyait au surplus à la Dresse Z._____ pour un « avis somatique clair » quant à la capacité de travail du point de vue somatique. Il précisait encore que « du point de vue psychiatrique, une activité à 50% comme concierge est envisageable, mais en aucun cas à 100% ».

Aux termes d'un avis du SMR du 25 janvier 2016, le Dr H._____ a indiqué que le diagnostic retenu par le Dr N._____ (trouble anxieux et dépressif mixte, F41.2) n'était normalement pas incapacitant. Il a également relevé que le psychiatre justifiait l'incapacité de travailler au-delà d'un taux de 50% par des limitations somatiques et non psychiques, à savoir des douleurs très intenses, et qu'il renvoyait à la rhumatologue traitante pour l'évaluation de la capacité de travail au plan somatique. Le Dr H._____ a encore préconisé de contrôler le caractère adapté de l'activité d'aide-concierge, ceci ne lui paraissant pas évident compte tenu de la description du poste. Il estimait qu'une activité plus sédentaire et sans fléchissement du tronc serait sans doute plus susceptible d'être exercée à plein temps.

Selon un rapport d'entretien du 26 février 2016, l'Office régional de placement a mis l'assuré au bénéfice d'un programme

d'emploi temporaire auprès de la J._____ à [...], pour une activité de concierge à 100% du 1^{er} mars au 31 août 2016.

Par projet de décision du 8 juillet 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il envisageait de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité. L'office a retenu que si l'assuré présentait une totale incapacité de travail dans son activité habituelle de maçon, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant ses limitations fonctionnelles. Il pouvait ainsi par exemple exercer une activité simple et répétitive « dans le domaine industriel ; contrôle qualité, ouvrier dans le conditionnement ou comme aide concierge ». Procédant à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, l'OAI est parvenu à un degré d'invalidité de 18,63%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

Dans un rapport final du 17 août 2016, l'OAI a mis fin à l'aide au placement, l'assuré n'ayant pas répondu aux sollicitations du spécialiste en réinsertion professionnelle.

Le projet de décision du 8 juillet 2016 a été confirmé par décision du 24 octobre 2016.

B. Par acte du 23 novembre 2016, D._____, représenté par Unia Vaud, 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 d'une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Dans un moyen d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, estimant que la décision entreprise n'est pas suffisamment motivée sur la question de l'exigibilité dans une activité adaptée. Sur le fond, il fait valoir que les stages mis en place ont démontré que sa capacité de travail n'était que de 50% dans une activité adaptée. Il se prévaut à cet égard de l'appréciation du Dr N._____. Au titre de mesure d'instruction, il requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. A l'appui de son recours, il produit en particulier un rapport du 15 novembre

2016 du Dr N._____, lequel confirme le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2) et ajoute celui de douleurs lombaires irradiant dans les jambes et douleurs de la ceinture scapulaire. Le psychiatre fait état d'une évolution défavorable « car le patient est dans l'incapacité à tenir une place de travail à 100%. Il a subi plusieurs échecs à 100%, alors qu'à 50% le travail était possible ». Le Dr N._____ indique que son patient peut assumer un travail à raison de quatre heures par jour, mais ne doit pas dépasser un taux d'activité de 50%. Il a joint à son rapport un récapitulatif des stages effectués par l'assuré.

Dans sa réponse du 13 février 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours. Il a joint à son écriture un avis du Dr H._____ du 8 février 2017, auquel il se rallie.

Aux termes de sa réplique du 3 mars 2017, le recourant a remis en cause la valeur probante de l'avis du Dr H._____ du 8 février 2017. Il a également argué qu'il appartenait à l'intimé de démontrer que sa capacité résiduelle dans une activité adaptée était bien de 100%, notamment par la mise en œuvre d'un nouveau stage. Considérant qu'il subsistait des incertitudes sur son état de santé et sa capacité de travail, le recourant a réitéré sa demande d'expertise judiciaire.

Le 23 mars 2017, l'intimé a maintenu sa position.

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 (cf. 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les

trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, formé en temps utile et selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 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 (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (cf. art. 6 LPGA).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. c LAI).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2; cf. TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel

et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

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).

4. Sur le plan formel, le recourant reproche à l'intimé d'avoir violé son droit d'être entendu en motivant de façon sommaire sa décision sur la question de l'exigibilité d'une activité adaptée et de son taux d'occupation « imposable ».

Garanti par les art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), 42 LPGA, première phrase, et 33 al. LPA-VD, le droit d'être entendu comprend le droit, pour les parties à une procédure administrative ou judiciaire, de prendre connaissance du dossier, de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant leur situation juridique (ATF 136 V 415 consid. 6.1), de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins à s'exprimer sur son résultat, ainsi que de recevoir une décision motivée (ATF 132 V 368 consid. 3.1).

La violation du droit d'être entendu pour défaut de motivation de la décision attaquée (sur cette notion, voir ATF 134 I 83 consid. 4.1 p. 88 et les références) est un grief qui n'est pas fondé en l'espèce, quand bien même la motivation de la décision peut paraître succincte. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit toutefois que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de la décision et l'attaquer en connaissance de cause. L'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties. Elle peut au contraire se limiter aux points essentiels pour la décision à prendre. En l'occurrence, le recourant ne soutient pas qu'il n'aurait pas été en mesure de discerner la portée de la décision entreprise et de l'attaquer en connaissance de cause. Sous couvert d'une violation du droit d'être entendu, le recourant reproche en réalité à l'office intimé de ne pas avoir fait droit à sa demande, singulièrement d'avoir écarté les quatre stages qu'il a effectués lorsqu'il a procédé à l'appréciation du cas. Il s'agit par conséquent d'un grief qu'il convient d'examiner avec le fond du litige.

5. a) Sur le fond, il est constant que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon. Par contre, les avis divergent s'agissant de sa capacité résiduelle dans une activité adaptée.

L'intimé a retenu qu'à l'issue du délai d'attente d'un an, en juin 2013, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une

activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, le recourant soutient que les différentes mesures de réinsertion mises en œuvre en cours de procédure ont permis d'établir que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas supérieure à 50%. Il se prévaut également de l'avis de son psychiatre traitant, le Dr N._____, qui conclut dans le même sens, arguant que les avis de SMR ne suffisent pas à remettre en cause l'appréciation de son psychiatre.

b) L'OAI a fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'examen clinique rhumatologique pratiqué le 3 mars 2014 par le Dr W._____. Dans son rapport du 4 mars 2014, le rhumatologue a retenu les diagnostics incapacitants de cervicalgies chroniques, de lombosciatalgies gauches chroniques, de troubles disco-dégénératifs du rachis et de conflit coxo-fémoral gauche. Se basant sur le dossier radiologique de l'assuré et les rapports médicaux en sa possession, le Dr W._____ a constaté que, dès 2011, l'intéressé avait présenté des douleurs du rachis. Les différents examens entrepris à l'époque avaient permis de mettre en évidence une lombalgie compliquée d'une irradiation douloureuse au niveau du membre inférieur gauche, une discopathie L4-L5 et L5-S1, accompagnée d'un effet Modic, ainsi que de discrets troubles dégénératifs des articulations postérieures de ces mêmes niveaux, une hernie discale postéro médiane latérale gauche de L4-L5 ainsi qu'une protrusion discale postéro-paramédiane droite de L5-S1. Une IRM cervicale effectuée le 28 juin 2012 avait décelé une discopathie protrusive de C5-C6. Grâce au traitement entrepris (antalgiques, anti-inflammatoires et physiothérapie), l'irradiation douloureuse de la jambe gauche et les brachialgies gauches s'étaient amendées et la hernie discale L4-L5 avait sensiblement régressé et s'était transformée en discopathie du même côté. L'assuré avait gardé des douleurs cervicales et lombaires se prolongeant dans la fesse et à la péri-hanche gauche. Un bilan complémentaire avait permis de déceler un conflit coxo-fémoral gauche.

Lors de son examen clinique du 3 mars 2014, le Dr W._____ a constaté une certaine altération douloureuse de la mobilité tronculaire. Il n'a par contre pas observé d'altération de la mobilité cervicale, ni des

grosses comme des petites articulations périphériques, au-delà d'une petite restriction en rotation interne de la hanche gauche indolore. Le rhumatologue n'a pas non plus relevé d'arthrite, de synovite, d'altération de la force, de trouble de la sensibilité, ni de syndrome irritatif des membres, en présence de réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques. L'assuré ne présentait pas non plus de signes de non-organicité de la douleur selon Waddell ni de points de fibromyalgie, les points de contrôle s'étant révélés négatifs. Le Dr W. _____ a en outre remarqué que l'habillage, le déshabillage et les retournements sur la table d'examen se faisaient sans limitation particulière.

Fort de ces constatations, le rhumatologue a admis que, du point de vue rhumatologique, l'assuré n'était plus capable de travailler dans son activité habituelle de maçon, compte tenu des efforts physiques, des contraintes rachidiennes régulières et de la position debout prolongées qu'une telle activité impliquait. Par contre, il a estimé que dans une activité professionnelle légère, excluant les ports de charge au-delà de 5 kg de manière régulière et de 10 kg de manière ponctuelle, les mouvements répétitifs de la nuque et du rachis en porte-à-faux et la marche prolongée au-delà d'une heure principalement en terrain inégal, mais autorisant l'alternance de la position assise et debout au-delà d'une heure, la capacité de travail de l'assuré est entière, sans diminution de rendement. Il a encore précisé que dans une activité professionnelle respectant ces limitations fonctionnelles, l'assuré n'aurait vraisemblablement pas bénéficié d'une incapacité de travail durable.

A ce stade, force est de constater que le rapport du 4 mars 2014 du Dr W. _____ est probant. Le médecin, spécialiste rhumatologie, a pris connaissance des rapports médicaux établis par ses confrères et du dossier radiologique de l'assuré, avant de procéder à un examen clinique le 3 mai 2014. 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. Son rapport remplit ainsi les exigences

jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. consid. 3b supra).

c) Les conclusions du Dr W. _____ ne sont au demeurant contredites par aucun médecin somaticien. Ainsi, dans son rapport du 7 janvier 2013, la Dresse F. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de compression C6 par protrusion discale. Le conflit fémoro-acétabulaire gauche et la volumineuse hernie L4-L5, en régression, n'étaient selon elle plus incapacitants. Constatant une amélioration de l'état de santé de son patient, elle a estimé qu'après avoir présenté une totale incapacité de travail depuis juin 2012, il était en mesure de reprendre le travail à 100% dès le 9 janvier 2013.

De son côté, la Dresse Z. _____ ne s'est prononcée ni sur la capacité de travail ni sur les limitations fonctionnelles affectant sa patiente, indiquant qu'elle n'était pas en mesure de le faire (cf. rapport du 6 mars 2013). Le 7 décembre 2012, elle avait constaté que les derniers examens par IRM avaient apporté des résultats plutôt rassurants. La hernie discale L4-L5 gauche avait régressé de manière spectaculaire, pour se limiter à une simple protrusion latérale. Une arthro-IRM de la hanche gauche effectuée le 4 décembre 2012 avait confirmé les signes de conflit fémoro-acétabulaire gauche, lequel ne présentait toutefois pas de complication : il n'existait ainsi pas de lésion du labrum, ni de coxarthrose secondaire. La rhumatologue a dès lors estimé qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale et que le traitement physiothérapeutique devait pouvoir améliorer la situation. Elle a d'ailleurs cessé le suivi du recourant en mai 2013. C'est également durant ce même mois qu'a pris fin le traitement de physiothérapie prodigué par le P. _____.

d) Les moyens soulevés par le recourant ne sont pas de nature à remettre en cause le bienfondé de la décision entreprise.

aa) Contrairement à ce qu'il soutient, il ne peut tirer aucun argument utile à l'évaluation de sa capacité résiduelle de travail des stages d'orientation mis en œuvre par l'OAI. Il ne saurait en effet être suivi

lorsqu'il fait grief à l'intimé d'avoir fait abstraction des constats tirés à l'issue desdits stages, qui auraient selon lui tous démontré que sa capacité de travail résiduelle n'excédait pas 50% dans une activité adaptée.

Conformément à l'art. 59 al. 3 LAI, les offices AI peuvent faire appel aux services de centres d'observation professionnelle de l'AI (COPAI) dans des cas particuliers, pour l'examen pratique de la capacité de travail d'un assuré. Les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. En général toutefois, les données médicales l'emportent sur les constatations faites à l'occasion du stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant celui-ci (cf. Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité [AI], Schulthess 2011, n° 2608 et 2609 p. 699ss, et n° 2037 p. 539 et les références ; TF 8C_760/2014 du 15 octobre 2015 consid. 4.3, 9C_83/2013 du 9 juillet 2013 consid. 4.2, 8C_451/2012 du 28 mai 2013 consid. 4, 9C_631/2007 du 4 juillet 2008 consid. 4. 1). En effet, les informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 1250V 256 consid. 4 ; TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En l'occurrence, comme développé ci-dessus, les conclusions du Dr W._____ sont dûment motivées et permettent une appréciation objective du cas, de sorte qu'elles ne sauraient être remises en questions par les résultats obtenus par l'assuré durant les différentes mesures.

On remarquera par ailleurs que c'est de manière infondée que le recourant soutient que les stages ont démontré que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'excédait pas les 50%. S'il est exact que la première augmentation du taux d'activité de 50% à 100% en avril 2015

dans le cadre du stage auprès de la O._____ n'a pas pu être maintenue, les parties ont convenu de procéder à une nouvelle augmentation, progressive cette fois-ci, dès la mi-mai 2015. Cette démarche a été concluante puisque, après avoir travaillé à des taux situés entre 60% et 80% en mai et juin 2015, l'assuré a pu assumer son activité à 100% en juillet et août 2015, sous déduction de deux semaines de vacances, sans qu'il ne soit rapporté des difficultés particulières. Rien ne permet au demeurant de présumer que l'assuré n'aurait pas pu poursuivre cette activité durablement, si le stage n'était pas arrivé à son terme à la fin août 2015. L'employeur a estimé que la rentabilité de l'assuré était en adéquation avec son taux de présence et s'est montré très content de la qualité de son travail (cf. note d'entretien du 3 septembre 2015). C'est ainsi de manière erronée, ou tout au moins incomplète, que l'assuré soutient que sa tolérance a été bonne jusqu'à 50%, mais qu'au-delà les douleurs sont apparues et l'ont forcé à l'interruption, celle-ci n'ayant été que temporaire. On notera également que le rapport final établi par K._____ le 12 novembre 2014 à l'issue du stage du 7 au 31 octobre 2014 à l'EMS B._____ ne fait pas état de limitations dues à la douleur. Il mentionne seulement qu'en accord avec l'intéressé, le taux d'activité a été dans un premier temps fixé à 50% et qu'il « n'a pas été possible d'augmenter le taux d'activité durant le stage de 50% qui, avec les 3 après-midi de cours [réd. : de français], correspondait en fait à un taux d'activité de 80% ».

En outre, il appert que certaines des tâches attribuées au recourant durant les stages mis en œuvre par l'OAI ne correspondaient pas entièrement aux limitations fonctionnelles posées. Il ressort en effet du dossier qu'au cours de ses stages auprès de l'EMS B._____ et de la O._____, l'assuré a notamment dû se charger de tâches impliquant des contraintes du rachis, comme c'est d'ailleurs le cas de bon nombre des attributions des concierges. Tel est le cas notamment du nettoyage des sols et des toilettes, des travaux de jardinage (entretien des espaces verts, taille de plantes, balayage des feuilles, binage et désherbage) ou d'autres tâches telles que ramassage des poubelles et des sacs de linge, voir même mise en place des tables pour les repas, qui, d'une manière

générale, impliquent des mouvements répétitifs de la nuque et du rachis en porte-à-faux (cf. certificat de stage du 7 janvier 2015 de B._____ et attestation de stage du 4 décembre 2015 de la O._____). A l'instar du Dr H._____, il sied de retenir qu'une activité plus sédentaire et sans fléchissement du tronc serait plus conforme à l'état de santé de l'assuré et permettrait une limitation des douleurs.

En définitive, la façon dont se sont déroulés les stages mis en œuvre par l'OAI ne permet pas de remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr W._____ et ne rend pas non plus nécessaire un complément d'instruction (TF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C_833/2007 du 4 juillet 2008 in : Plädoyer 2009/1 p. 70 ; TFA I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références in : Plädoyer 2004/3 p. 4 ; TF 9C_136/2014 du 24 juin 2014).

bb) Le recourant ne peut non plus se prévaloir de l'avis du Dr N._____. Seul médecin à soutenir que son patient présente une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée, le psychiatre a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2), depuis février 2013, estimant que cette atteinte était incapacitante (cf. rapport du 4 janvier 2016). Son avis est toutefois trop sommaire et insuffisamment motivé pour emporter la conviction. Le Dr N._____ n'est en effet pas convaincant lorsqu'il affirme que l'activité de concierge est envisageable à 50%, alors qu'à 100%, les douleurs articulaires sont telles que son patient ne peut plus travailler. Ce faisant, il fonde son évaluation de la capacité de travail sur des éléments somatiques, ne relevant pas de sa spécialisation. Il renvoie d'ailleurs à la Dresse Z._____ pour un « avis somatique clair » quant à la capacité de travail du point de vue somatique, ce qui laisse entendre qu'il ne se considère pas, et à juste titre, compétent pour se prononcer sur ce point. Son appréciation se fonde plutôt sur l'avis et les plaintes de son patient qui, s'ils doivent être pris en considération dans l'évaluation de la situation médicale, ne suffisent pas pour fonder une diminution de la capacité de travail. Certes, dans ce même rapport, le Dr N._____ affirme aussi que cette limitation de la capacité de travail à 50% s'impose également au plan psychiatrique. Il ne justifie toutefois

nullement son appréciation et n'apporte pas d'éléments plaidant en faveur d'une telle réduction. Au titre des restrictions psychique, le Dr N. _____ mentionne des troubles de la concentration et de l'attention, ainsi qu'une irritabilité. Ces symptômes ne dénotent toutefois pas d'une atteinte suffisamment sévère pour induire une restriction de la capacité de travail. Il est vrai que l'assuré suit un traitement médicamenteux antidépresseur. Ceci ne suffit toutefois pas non plus à rendre vraisemblable une incapacité de travail au plan psychique. On relèvera également que la prise en charge du Dr N. _____, que le psychiatre qualifie au demeurant de « psychothérapie de soutien », est loin d'être intensive. Le 4 janvier 2016, le Dr N. _____ a en effet indiqué qu'il n'avait pas revu son patient depuis le 3 juin 2015. Dans son rapport du 4 mars 2014, le Dr W. _____ avait rapporté des consultations psychiatriques mensuelles. Quant aux notes d'entretien des 6 mai et 3 septembre 2015 au dossier de l'OAI, elles font état d'un suivi à raison d'une fois tous les mois ou tous les deux mois. On remarquera encore que lors de l'examen clinique pratiqué au SMR le 4 mars 2015, l'assuré n'a émis aucune plainte subjective d'ordre psychique. Le Dr W. _____ avait quant à lui estimé que l'intéressé ne montrait pas de trouble des fonctions cognitives basales (orientation, vigilance, attention et mémoire), de même qu'aucun signe de psychose. Ces éléments ne plaident pas dans le sens d'une atteinte psychique suffisamment grave pour porter atteinte à la capacité de travail. Dans un certificat du 11 juillet 2013 remis par l'assuré au Dr W. _____, le Dr N. _____ avait d'ailleurs attesté une incapacité de travail à 100% du 23 février au 12 juillet 2013, date à partir de laquelle il estimait que son patient avait recouvré une capacité de travail entière.

Le rapport du Dr N. _____ du 15 novembre 2016 produit en recours n'apporte pas d'élément nouveau. Le psychiatre y confirme le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte et répète que son patient se trouve dans l'incapacité à « tenir une place de travail à 100% ». Il ajoute qu'il a subi plusieurs échecs à 100%, alors qu'à 50%, le travail était possible. Le psychiatre n'apporte toutefois aucun nouvel élément, se contentant de répéter que son patient souffre, au plan psychique, de troubles de la concentration et de l'attention, et d'irritabilité. Le Dr

N._____ répète également que l'assuré connaît des douleurs lombaires importantes lorsque son taux de travail dépasse les 50%. Ce rapport appelle les mêmes remarques que celles soulevées à l'égard du rapport du 4 janvier 2016 : le psychiatre se prononce de manière trop sommaire, sans motivation suffisante, et se détermine sur des atteintes ne relevant pas de sa compétence. Il ne convainc pas non plus lorsqu'il affirme, dans son récapitulatif des stages du 15 novembre 2016, que l'augmentation du taux de travail au-delà de 50% dans le cadre du stage auprès de la O._____ s'est soldée par un absentéisme, l'assuré n'étant plus capable de travailler en raison de douleurs trop importantes. Les pièces au dossier ne mentionnent que deux semaines d'incapacité de travail durant la mesure, du 29 mai au 3 juin 2015, puis du 15 juin 2015 au 22 juin 2016. Ces interruptions de travail, limitées à une semaine, n'ont pas été durables, et ont eu lieu avant la reprise du travail à 100%, au début juillet 2015. Le Dr N._____ invoque encore que son patient s'est retrouvé dans un état d'épuisement psychique à l'issue des stages mis en œuvre par l'assurance-chômage auprès de la [...], puis de la société [...], et que ce motif a été au premier plan de l'abandon du stage auprès de la J._____, après un mois sur les cinq initialement prévus. Ces allégations, des plus sommaires et non documentées, ne suffisent pas non plus à rendre vraisemblable une incapacité de travail. On remarquera à cet égard que dans son acte de recours, à aucun moment l'assuré n'invoque avoir subi des limitations psychiques lors de ces deux stages. Le recourant explique au contraire avoir été forcé d'abandonner le stage auprès de la J._____ en raison de douleurs handicapantes et persistantes aux lombaires. Ce sont ces mêmes difficultés qu'il invoque avoir rencontrées lors de son stage auprès de l'entreprise [...]. En définitive, les rapports du Dr N._____ invoqués par le recourant à l'appui de son recours ne lui sont d'aucun secours. Ils n'apportent aucun élément objectivement vérifiable, de nature clinique ou diagnostique, qui aurait été ignoré et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien-fondé de la décision entreprise.

cc) On retiendra ainsi avec le Dr H._____ que le trouble anxieux et dépressif mixte n'est normalement pas incapacitant et que le

psychiatre décrit des limitations somatiques, à savoir des douleurs, mais pas de limitations psychiques (cf. rapport du 25 janvier 2016). Le Dr H._____ est convaincant lorsqu'il affirme que le psychiatre traitant ne rend pas plausible une limitation psychiatrique susceptible de justifier une capacité de travail limitée à 50% dans une activité adaptée, au vu du diagnostic retenu, du status décrit et des limitations énoncées, qui pour la plupart relèvent du versant somatique (cf. avis du 8 février 2017). Sur le plan somatique, le Dr H._____ peut également être suivi lorsqu'il estime qu'au vu des conclusions du Dr W._____, on ne peut pas admettre une limitation de la capacité de travail à 50%, sauf à ce que la situation se soit péjorée. Or, aucun élément au dossier ne permet de retenir que tel a été le cas. L'évolution défavorable mentionnée par le Dr N._____ dans son rapport du 15 novembre 2016 n'est pas objectivée. En effet, le psychiatre n'explique pas en quoi a consisté l'aggravation sur le plan médical. Il se contente d'affirmer que l'évolution est défavorable « car le patient est dans l'incapacité de tenir une place de travail à 100% ». C'est ainsi à juste titre que le Dr H._____ estime que, dans une activité sédentaire légère, strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, l'assuré dispose d'une capacité de travail entière. Contrairement à ce qu'affirme le recourant, les appréciations du Dr H._____ ne laissent pas subsister de doute quant à son état de santé et sa capacité de travail. Les interrogations de Dr H._____ portaient, à juste titre, sur le caractère adapté des activités exercées par l'assuré au cours des deux stages mis en œuvre par l'OAI. A l'instar du médecin du SMR, il sied de retenir que les activités proposées à l'assuré lors des différents stages ne respectaient pas totalement les limitations fonctionnelles fixées par le Dr W._____, et que cela a vraisemblablement généré des douleurs, qui pourraient être réduites dans le cadre d'activités respectant strictement les limitations fonctionnelles habituelles en cas d'atteinte au rachis, notamment n'impliquant pas un fléchissement du tronc.

Le recourant ne peut ainsi être suivi lorsqu'il remet en cause la valeur probante de l'avis du Dr H._____ du 8 février 2017. Il ne peut notamment se prévaloir du fait que le médecin du SMR n'a pas procédé à un examen clinique et qu'il s'est limité à réitérer les conclusions d'autres

médecins de son service. Fondés sur l'art. 59 al. 2bis LAI, en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI, de tels avis se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder (art. 49 al. 2 LAI). De par leur nature, ils n'impliquent pas d'examen clinique. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1 p. 66 ; TF 8C_756/2008 du 4 juin 2009 consid. 4.4 in SVR 2009 IV n° 50 p. 153). Ces rapports ne sont toutefois pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, sauf s'ils sont sérieusement contredits par d'autres rapports médicaux que les médecins du SMR auraient ignorés, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le Dr H. _____ a été sollicité par l'intimé afin qu'il se prononce sur le rapport du Dr N. _____ du 15 novembre 2016 et détermine s'il apportait des éléments nouveaux, susceptibles de remettre en cause le bienfondé de la décision litigieuse. Le procédé de l'OAI consistant à soumettre au SMR les éléments médicaux produits en procédure par le recourant pour une détermination sur dossier n'est pas critiquable. Elle permet à l'intimé de répondre au recours de manière circonstanciée, en tenant compte des éléments apportés par le recourant. Compte tenu de l'effet dévolutif du recours, l'OAI n'était quoi qu'il en soit pas habilité à soumettre l'assuré à de nouveaux examens, ceci équivalant à une reprise de l'instruction. Quant au grief de manque d'indépendance des médecins du SMR, il est trop général pour être pris en considération. Outre le fait qu'il ne s'appuie sur aucun indice concret, il est contraire aux principes jurisprudentiels rendus en matière de valeur probante des rapports médicaux, selon lesquels la valeur probante d'un document médical ne saurait être d'emblée niée en raison de sa seule origine (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352 ; TF 9C_115/2010 du 18 août 2010, 9C_94/2014 du 2 avril 2014).

dd) Le recourant se méprend également lorsqu'il affirme qu'il appartient à l'intimé de mettre en œuvre un nouveau stage dans le but de démontrer que sa capacité de travail dans une activité adaptée est

entière. L'évaluation de sa capacité de travail a été faite sur la base de constats médicaux probants, de manière à emporter la conviction. A ce stade de la procédure, il appartient au contraire au recourant d'apporter des éléments de nature à remettre sérieusement en cause les conclusions des Drs W._____ et H._____, ce qu'il n'a en l'occurrence pas fait. On doit également admettre qu'il existe un nombre significatif de métiers adaptés pouvant être exercés par le recourant, compte tenu du large éventail d'activités simples et répétitives n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale (voir par ex. l'arrêt 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.2.4, in SVR 2011 IV n° 6 p. 18).

e) En définitive, il n'y a ainsi pas lieu de s'éloigner des conclusions du Dr W._____, selon lesquelles, dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, l'assuré jouit d'une capacité de travail entière. Une évaluation médicale complète ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il sied également de retenir que l'assuré ne présente pas de limitations psychiques qui porteraient atteinte à sa capacité de travail dans une activité adaptée. Pour qu'il en aille différemment, il y a 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).

6. 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 être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché équilibré du travail (revenu d'invalidé). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 1 LPGA et 28a LAI).

Procédant au contrôle d'office des éléments économiques retenus dans la décision entreprise, au demeurant non-contestés par le recourant, la Cour de céans constate que les calculs de l'invalidité de l'intimé ne prête pas flanc à la critique, tout au moins pas dans une mesure propre à influencer le droit à la rente. En présence d'un préjudice très largement inférieure à 40% (18% selon l'intimé, 14% selon la Cour de céans), le droit à la rente n'est pas ouvert.

7. 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 (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et la référence citée).

La simple existence d'avis médicaux contradictoires ne suffit pas à établir qu'il subsiste un doute justifiant la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Cette mesure s'impose seulement lorsque, au terme de l'appréciation des preuves, le tribunal conclut à l'absence d'éléments permettant de trancher dans un sens ou dans l'autre. Elle n'est pas nécessaire lorsque, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, le tribunal est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et qu'une instruction complémentaire ne pourra plus modifier cette appréciation (ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; TF 9C_491/2016).

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.

8. 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 24 octobre 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 :

- Unia Vaud (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 :