

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 juin 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Métral, juge et M. Bidiville, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

J._____, à (...), recourant, représenté par Me Philippe Graf, avocat à
Lausanne,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], maçon de formation, en incapacité de travail totale depuis le 25 janvier 2016, a déposé le 11 février 2016 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en faisant état d'un tassement de la colonne vertébrale depuis août 2015.

Dans un rapport du 7 mars 2016, le Dr Q._____, médecin traitant, a indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies chroniques avec épisodes aigus, d'une sciatique et de coccialgies. La capacité de travail était de 50% depuis le 13 février 2016, étant précisé que l'assuré pouvait tout faire mais pas de façon maintenue ou trop soutenue ou avec des charges supérieures à 20kg.

Le 11 mars 2016, la Dresse T._____, spécialiste en médecine de la douleur auprès du Centre de la douleur [...], a communiqué divers documents à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI ou l'intimée), dont notamment :

- un rapport du 31 août 2015 adressé au Dr Q._____, dans lequel elle a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, survenant dans un contexte de troubles dégénératifs pluriétagés, d'une arthrose facettaire postérieure prédominant en L5-S1 avec des altérations Modic I, de protrusion discale et de rétrécissement des récessus latéraux et des trous de conjugaison sans véritable contrainte radiculaire, de cervico-scapulalgies à prédominance gauches multifactorielles, de neuropathie d'Arnold gauche et de possible état dépressif réactionnel ;

- deux rapports des 26 janvier et 11 février 2016, dans lequel elle a notamment posé le diagnostic d'état dépressif.

Selon le Dr V._____, médecin conseil auprès de [...], qui a établi un rapport le 27 avril 2016 à l'attention du Dr Q._____, l'assuré présentait depuis plusieurs années des lombalgies bilatérales aggravées

au début de l'année 2015 sans facteur déclenchant net. La capacité de travail était de 50% dans l'activité de maçon et de 100% dans une activité ne nécessitant pas de port de charges à répétition, de positions en porte-à-faux, ni avec la tête en flexion dorsale prolongée. Le Dr V. _____ a joint à son courrier divers documents, dont un rapport du 17 juin 2015 établi par le Dr [...], spécialiste en radiologie, faisant suite à une IRM de la colonne lombaire effectuée le 12 juin 2015. L'examen avait mis en évidence un Modic I en L5-S1 associé à une protrusion discale circonférentielle avec spondylophytose postérieure rétrécissant les récessus latéraux et les trous de conjugaison. Une contrainte sur les racines était possible.

Le 22 juin 2016, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation sous la forme d'un accompagnement intensif auprès de [...] du 1^{er} août au 31 octobre 2016.

Par décision du 6 juillet 2016, [...] a informé l'assuré que dans la mesure où sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, il serait mis fin aux indemnités journalières le 31 octobre 2016.

Le 5 août 2016, à la demande de l'OAI, Dr Q. _____ a complété son rapport du 7 mars 2016, en indiquant que l'assuré avait une capacité de travail de 75 à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il présentait des lombo-pygalgies qui limitaient les positions maintenues, les activités répétées ainsi que les ports de charge.

Après trois mois d'observation, la conseillère psychologue de [...] a indiqué dans un rapport du 3 novembre 2016 que l'assuré présentait une grande fragilité qui impactait fortement son potentiel de réinsertion. Sa situation médicale n'était par ailleurs pas suffisamment stabilisée sur les plans physique et psychique pour permettre une évaluation de son potentiel de réinsertion professionnelle.

Dans un rapport à l'OAI du 23 décembre 2016, les Drs Y._____, spécialiste en psychiatrie, et [...], ainsi que la psychologue S._____, ont posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif avec syndrome somatique depuis avril 2016. Ils relevaient cependant que rien ne s'opposait à ce que l'assuré reprenne progressivement une activité professionnelle, précisant néanmoins qu'il existait des problèmes somatiques qui entravaient son retour à un poste de travail.

Dans un rapport SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) du 23 janvier 2017, le Dr [...] a retenu, au titre d'atteinte principale à la santé, des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs étagés de la colonne lombaire. Du point de vue théorique, le travail de maçon n'était plus exigible, mais une activité allégée dans ce domaine était encore possible si les limitations fonctionnelles (port de charges lourdes, positions statiques immobiles prolongées, postures prolongées en porte-à-faux du tronc, travail à genoux et accroupi autre qu'occasionnel) étaient respectées, à taux réduit. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Il n'y avait par ailleurs pas de limitation au plan psychologique.

Par projet de décision du 8 février 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré son intention de lui nier le droit à une rente d'invalidité. Il a constaté qu'il ne pouvait plus exercer en qualité de maçon, mais qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles. L'OAI a retenu que la perte de gain de l'assuré s'élevait à 12'716 fr. [(revenu sans invalidité de 73'004 fr.) - (revenu d'invalidité de 60'287 fr.)] correspondant à un degré d'invalidité de 17,42%, lequel n'ouvrait pas le droit à la rente.

Par courrier du 23 février 2017, l'assuré a contesté le projet de décision du 8 février 2017. Il a indiqué que son état de santé s'était encore détérioré et qu'il n'était pas certain à moyen terme de pouvoir encore travailler. Il a complété ses observations par courrier du 8 mars 2017, auquel il a joint divers documents, dont notamment :

- un rapport du 21 septembre 2016 établi par le Dr R._____, spécialiste en neurochirurgie, lequel l'avait reçu à sa consultation du 17 août 2016. Le médecin a posé les diagnostics de douleurs chroniques lombaires depuis 2 ans et de discopathie dégénérative L5-S1 sans radiculopathie lombaire. L'IRM lombaire du 13 mars 2015 montrait des troubles dégénératifs au niveau L5-S1 avec des rétrécissements des trous de conjugaison modérés. Les plateaux vertébraux au niveau L5-S1 mettaient en évidence un changement de Modic plutôt de type I. Compte tenu de la progression constante des douleurs annoncées par l'assuré, une nouvelle IRM lombaire était nécessaire ;

- un rapport d'IRM lombaire du 8 septembre 2016 établi par le Dr [...], spécialiste en radiologie, lequel a conclu à un bombement discal légèrement latéralisé à droite en L4-L5 sans sténose canalaire ou foraminale, à une arthrose disco-vertébrale en L5-S1 avec atteinte de type MODIC I et bombement discal circonférentiel également latéralisé à droite sans sténose canalaire ou foraminale ;

- un rapport du 27 octobre 2016 établi par le Dr M._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, lequel a conclu à des lombalgies chroniques évoluant depuis quelques années, sans déficience neurologique, ainsi qu'à des dysbalances musculaires majeures avec rétraction importante sous-pelvienne. L'examen était compatible avec un syndrome facettaire ;

- un rapport du 11 novembre 2016 établi par les Drs R._____
et [...], lesquelles ont constaté que l'IRM lombaire réalisée le 8 septembre 2016 n'avait révélé aucune lésion compressive de la moelle épinière au niveau lombaire. Au vu de la persistance de la symptomatologie douloureuse, l'assuré était référé au service de rhumatologie, pour évaluation et prise en charge ;

- un certificat du 3 mars 2017 établi par le Dr Q._____, lequel certifie que depuis quelques mois, l'assuré n'est plus capable de travailler

à 100% mais au plus à 50% et seulement dans une activité adaptée et ce probablement pour le très long terme.

Sur avis du Dr [...] du 15 mai 2017, un examen clinique rhumatologique de l'assuré a été effectué le 11 juillet 2017 au SMR par le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie. Dans son rapport du 15 août 2017, ce médecin a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombalgies chroniques dans un contexte de protrusion discale L5-S1, et dans une moindre mesure L4-5. Il a exclu toute capacité de travail dans l'activité habituelle de maçon, tout en considérant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis le 13 février 2016. Le Dr G._____ relevait que l'assuré conservait des ressources pour des activités physiquement légères, qu'il n'y avait pas de syndrome rachidien lombaire ni de sciatalgie irritative, les neurochirurgiens n'ayant par ailleurs pas retenu d'indication opératoire. L'examen clinique qu'il avait effectué était très proche de celui réalisé par le Dr V._____, lequel avait également retenu une exigibilité complète dans une activité adaptée. Le pronostic était bon en ce qui concernait les troubles dégénératifs, puisqu'il n'y avait pas de signe de compression radiculaire. Il était par contre moyen quant à la reprise d'une activité professionnelle, ce dernier sous-estimant ses capacités fonctionnelles, dans un contexte de situation conjugale et familiale difficile.

Par décision du 23 août 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 8 février 2017.

B. Par acte du 14 septembre 2017, J._____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois d'un recours contre cette décision. Selon lui, l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte des avis médicaux de ses médecins-traitants pour évaluer sa capacité de travail, indiquant par ailleurs que ses douleurs persistantes le handicapaient dans sa vie quotidienne. Il s'est également prévalu d'un rendez-vous le 21 septembre 2017 avec le Dr [...]

Le 9 novembre 2017, le recourant a produit un rapport établi par le Dr R. _____ le 21 septembre 2017, lequel a posé le diagnostic de douleurs lombaires dorsales cervicales épisodiques non spécifiques depuis 5 ans et de troubles dégénératifs lombaires sans radiculopathie. Selon ce médecin, l'assuré présentait des douleurs cervico-dorso-lombaires non spécifiques qui n'étaient pas sujettes d'une prise en charge chirurgicale. Le pronostic de ces douleurs à long terme allait probablement rester moyennement favorable. Au point de vue chirurgical, il n'y avait pas d'indication pour une prise en charge et il n'était pas nécessaire de revoir d'office l'assuré en consultation.

Dans sa réponse du 6 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours.

En réplique, le recourant, désormais assisté de son conseil Me Philippe Graf, a conclu principalement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour qu'il "calcule le début et le montant de la rente d'invalidité en tenant compte des conclusions de l'expertise médicale judiciaire mise en œuvre", et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. En substance, il a fait valoir que son état psychiatrique n'avait encore jamais fait l'objet d'un examen de la part de l'OAI, une analyse médicale « digne de ce nom » n'ayant eu lieu qu'au plan rhumatologique. A ses yeux, sa fragilité psychiatrique avait déjà été repérée par la psychologue-conseil d' [...] en novembre 2016, et le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'AI avait alors également relevé qu'il convenait d'établir un rapport concernant l'aspect psychiatrique. A son sens, cela était d'autant plus vrai que le Dr [...] et la psychologue S. _____ attestaient désormais d'une dégradation de son état psychique, dont on ignorait le moment précis de la survenance, le rythme et la gravité, sans que l'on voie qu'une éventuelle « étiologie familiale » de ses troubles puisse servir à les disqualifier. Pour lui, on ignorait dès lors comment son état avait évolué au plan psychiatrique du 23 décembre 2016 au 23 août 2017. A titre de mesures d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise

médicale judiciaire. Le recourant a encore produit avec son écriture divers document dont :

- un rapport du 25 janvier 2018 du Dr [...] et de la psychologue S._____, lesquels indique que son état de santé s'était dégradé depuis leur dernier rapport, daté du 23 décembre 2016. Sur la plan clinique, il présentait un diagnostic de trouble dépressif, entre moyen et sévère, avec des troubles massifs du sommeil, une perturbation des émotions et des difficultés de concentration. Au plan somatique, les limitations s'accroissaient.

- une attestation médicale du 9 janvier 2018 établie par le Dr Q._____, selon laquelle :

"Monsieur J._____ me demande d'attester que la situation empire au cours du temps du point de vue de son dos. En effet il a de plus en plus de douleurs dorsales qui prédominent au niveau lombo-sacral et des omoplates. Elles se manifestent non seulement au travail mais aussi en marchant. Le patient ne peut rester longtemps dans une position statique. Même dans un lit il doit changer régulièrement de position sous peine de développer des lombalgies ce qui altère son sommeil. Aussi d'un point de vue médical, la capacité de travail de Monsieur J._____ est fortement réduite. Elle est imprévisible et dépend à la fois de son état physique du jour mais aussi des activités pratiquées. Cette capacité n'est probablement pas compatible avec le monde du travail actuel".

Le 26 février 2018, l'OAI a maintenu sa proposition de rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Déposé en temps utile, devant le tribunal compétent et dans le respect des autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) Saisi d'un recours contre une décision prise par un assureur social, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens

étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références ; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4).

c) En l'espèce, le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement l'évaluation de sa capacité de travail.

3. a) L'art. 8 al. 1 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Elle peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne

peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année, sans interruption notable (let. b) et si, au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: 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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

b) Pour calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

c) L'art. 61 let. c LPGA prévoit le principe de la libre appréciation des preuves, selon lequel le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_152/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.1.1).

4. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer son activité habituelle de maçon. Se pose toutefois la question de savoir s'il dispose d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, et dans l'affirmative de quel taux.

a) Sur le plan somatique, l'OAI a apprécié la capacité de travail du recourant en se fondant sur le rapport d'examen clinique rhumatologique du 15 août 2017 dans lequel le Dr G. _____ a conclu à une pleine exigibilité dans une activité adaptée à compter du 13 février 2016, sur la base des constatations suivantes :

"Limitations fonctionnelles

Rachis lombaire : pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg (charges légères), pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 km.

Le tableau clinique au niveau cervical ne justifie pas de limitations fonctionnelles durables, nous avons vu que l'assuré a des douleurs s'il marche rapidement, il n'a pas de syndrome rachidien cervical, la mobilité est complète, il n'y a pas de déficit neurologique au niveau des membres supérieurs. Les investigations à disposition dans le dossier décrivent des cervicalgies aspécifiques.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins ?

ITT dans l'activité habituelle de maçon depuis le 25.01.2016.

Comment le degré d'incapacité de travail et le rendement ont-ils évolué depuis lors ?

L'assuré reprend, sur avis de son médecin-traitant, à 50 % dans l'activité habituelle le 13.02.2016.

Par la suite, l'assuré est finalement licencié en février 2017. Nous n'avons pas de descriptif, que ce soit du médecin-traitant ou de l'employeur, jusqu'à quand à l'assuré a travaillé à 50 % dans son activité habituelle.

Nous estimons que les troubles dégénératifs présentés par l'assuré ne sont pas en adéquation avec la poursuite d'une activité physiquement très contraignante de maçon comme celle décrite, sur du moyen terme, voire du long terme. Nous retenons dès lors une ITT dans l'activité habituelle à partir de février 2017, date du licenciement.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique du rachis lombaire. Nous retenons une exigibilité de 100 % dans une activité adaptée depuis la reprise à 50 % le 13.02.2016. Nous avons vu plus haut que les douleurs sont d'allure mécanique, que l'assuré conserve des ressources physiques pour des activités physiquement légères, qu'il n'y a pas de syndrome rachidien lombaire, qu'il n'y a pas de sciatgie irritative. De leur côté, les neurochirurgiens n'ont pas retenu d'indication opératoire.

Nous rejoignons l'avis du Dr V. _____, médecin-conseil de l'APG, ce dernier retenant une exigibilité complète dans une activité adaptée. Notre examen est très proche de celui du Dr V. _____, nous avons une mobilité lombaire qui est légèrement meilleure, mais qui n'est pas complète; nous n'avons pas de déficit neurologique, pas de sciatgie irritative; la nuque reste bien mobile sans contracture, avec une palpation indolore. Par rapport de la date de reprise dans une activité adaptée, le Dr V. _____ se prononce par rapport à la date de son examen, nous estimons que la reprise dans une activité adaptée est possible à partir de février 2016, date à laquelle l'assuré reprend à 50 % dans son activité habituelle.

M. J. _____ sous-estime ses capacités fonctionnelles, dans un contexte de situation conjugale et familiale difficile, décrite en détails dans le RM du 09.01.2017 des psychiatres traitants, les Drs [...] et Y. _____. Dans ce même rapport, les psychiatres retiennent un diagnostic d'épisode dépressif avec syndrome somatique. Ils précisent que tous les arrêts de travail ont été prescrits par le médecin traitant pour des raisons somatiques et que sur le plan psychique, rien ne s'oppose à ce que l'assuré reprenne progressivement une activité professionnelle. Dans son rapport SMR du 23.01.2017, le Dr [...] ne retient pas de diagnostic psychiatrique incapacitant.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une

mesure de réadaptation : 13.02.2016 Pronostic

Le pronostic est bon en ce qui concerne les troubles dégénératifs, puisqu'il n'y a pas de signe de compression radiculaire. Le pronostic est moyen quant à la reprise d'une activité professionnelle, au vu du ressenti de l'assuré par rapport à ses capacités fonctionnelles".

On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées figurant dans le rapport établi par le Dr G. _____ le 15 août 2017, lequel remplit les requisits jurisprudentiels pour se voir conférer pleine valeur probante (supra consid. 3c). Fruit d'une analyse approfondie du cas, il fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée et décrit le contexte déterminant. Reposant sur des investigations complètes, il contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales soigneusement motivées et exemptes de contradictions, qui rejoignent par

ailleurs celles retenues par le Dr Q._____, médecin-traitant, dans son rapport du 5 août 2016, ainsi que celles du Dr V._____ du 27 avril 2016.

Dans ce contexte, le certificat établi par le Dr Q._____ le 3 mars 2017, au demeurant bref et peu étayé, ne permet pas d'admettre une capacité de travail réduite, en l'occurrence à 50%, dans une activité adaptée. Quant au rapport établi par ce même médecin le 9 janvier 2018, soit après que la décision litigieuse a été rendue, produit dans le cadre du recours, il ne peut être pris en compte dans le présent arrêt. En effet, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (cf. supra consid. 2b). Un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2). Or en l'espèce, outre le fait que le Dr Q._____ ne fasse état d'aucune constatation objective en lien avec l'aggravation de l'état de santé alléguée par le recourant, il observe que la situation de ce dernier "empire au cours du temps du point de vue de son dos", sans qu'il ne soit possible de dire depuis quand l'aggravation sur le plan somatique a été constatée. Ainsi, il n'y a pas d'élément dans ce rapport qui permette d'apprécier les circonstances au moment où la décision litigieuse a été rendue, de sorte qu'il doit être écarté. En cas d'aggravation de son état de santé postérieure à la décision attaquée, il appartient au recourant de déposer une nouvelle demande de prestations.

Quant aux rapports établis par le Dr R._____ les 21 septembre et 11 novembre 2016, ils ne font état d'aucun élément qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr G._____ ou qui justifierait de plus amples restrictions dans l'exercice d'une activité adaptée, étant souligné que ce médecin ne se prononce plus sur la capacité de travail. On relèvera par ailleurs qu'il ne peut être fait griefG._____ de n'avoir pas suffisamment tenu compte des diagnostics et examens cliniques et d'imagerie effectués auprès du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Il apparaît en effet qu'il a eu connaissance de ces différents

documents, puisqu'il les répertorie et résume dans le cadre de son rapport d'expertise du 15 août 2017. Il commente en particulier de façon détaillée les rapports d'imagerie lombaire des 13 mars 2014, 12 juin 2015 et 8 septembre 2016. Le Dr G._____ reconnaît du reste les diagnostics de lombalgies chroniques dans un contexte de protrusion discale L5-S1, et dans une moindre mesure L4-5 (M54.5), rejoignant en cela l'appréciation de Dr R._____.

Le Dr G._____, en concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, a relevé l'absence de déficit neurologique, de sciatalgie irritative et de syndrome rachidien cervical ou lombaire. Ces observations ne sont pas contredites par le Dr R._____, qui n'a retenu aucune indication opératoire ni même la nécessité de revoir le recourant à sa consultation. Le Dr M._____, dans un rapport du 27 octobre 2016, a quant à lui certes évoqué un examen compatible avec un syndrome facettaire, mais n'a toutefois pas indiqué son éventuelle influence sur la capacité de travail. On relèvera enfin que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant n'est pas niée, cela étant, il se justifie de rappeler que les plaintes subjectives de la personne assurée ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

Dans ces circonstances, il convient de retenir, à l'instar de l'office intimé, que le recourant présente bien, au plan somatique, une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de maçon et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (pas de mouvements répétés de flexion-extension du tronc, pas d'attitude prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges répété au-delà de 10 kg, pas de position statique debout au-delà de 20 minutes, pas de position assise ou debout prolongée au-delà de 45 minutes. Pas de marche sans s'arrêter au-delà de 2 km).

b) Au plan psychiatrique, le recourant fait l'objet d'un suivi par le Dr Y._____ et la psychologue S._____ depuis le 14 octobre 2016. Ces derniers ont établi, à la demande de l'OAI, un rapport daté du 23 décembre 2016 dans lequel ils retiennent un diagnostic d'épisode

dépressif avec syndrome somatique présent depuis avril 2016, qui s'inscrit dans une situation biopsychosociale critique. Ils ne retiennent cependant aucune incapacité de travail et s'accordent à dire qu'au plan psychique, rien ne s'oppose à ce que le recourant reprenne progressivement une activité professionnelle. S'il est constant que la psychologue-conseil d' [...] a considéré que le recourant présentait une grande fragilité qui impactait fortement son potentiel de réinsertion (rapport du 3 novembre 2016 de [...]), il n'en demeure pas moins que le psychiatre et la psychologue traitants du recourant ont pour leur part estimé postérieurement à l'appréciation d' [...] intervenue en novembre 2016, que le recourant ne présentait pas d'incapacité au plan psychique. Le médecin-psychiatre a par ailleurs observé que les attestations d'incapacités de travail émanent du médecin-traitant pour des causes somatiques, et non pas psychiatrique. Dans ces circonstances, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que l'OAI a violé son devoir d'instruction en ne mettant pas en œuvre un examen au plan psychiatrique. En effet, aucun élément au dossier ne permettait de considérer qu'il présentait à ce niveau une atteinte invalidante.

En réplique, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr [...] et de la psychologue S._____, du 25 janvier 2018, qui mentionnent une péjoration de son état. Ces observations interviennent postérieurement à la décision attaquée, datée du 23 août 2017, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Certes le recourant soutient que la péjoration dont il se prévaut est susceptible d'être intervenue entre le 23 décembre 2016, et la décision du 23 août 2017. Toutefois, durant ce laps de temps, et ainsi que cela ressort en particulier de l'expertise rhumatologique du 15 août 2017, le recourant était suivi à raison d'une fois toutes les deux semaines pour ses troubles thymiques au [...]. Ainsi dans l'éventualité où une péjoration était effectivement apparue entre le début de l'année 2017 et le mois d'août 2017, les médecins du [...] auraient été en mesure de la mettre en évidence, et de l'indiquer dans leur rapport du mois de janvier 2018.

Quoi qu'il en soit, même à admettre une péjoration survenue dans cette période, celle-ci n'aurait pas duré une année de façon ininterrompue (cf. art. 28 LAI).

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'office intimé a retenu que l'état de santé du recourant sur le plan psychique n'influençait pas la capacité de travail. Dans ces conditions, un complément d'instruction au plan psychiatrique apparaît inutile et la requête d'expertise formulée par le recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 8C_285/2013 du 11 février 2014, consid. 5.2 et 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.2.1).

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées dans la décision de l'OAI.

5. Le recourant n'a pas contesté la méthode et le calcul du degré d'invalidité effectués par l'intimé. Vérifié d'office, il apparaît néanmoins que s'agissant du revenu d'invalidé, l'OAI s'est fondé sur une évolution des salaires nominaux de +0.4% de 2015 à 2016 au lieu de +0.7% (cf. OFS, Salaires et revenus du travail, indicateur, évolution des salaires nominaux), ce qui l'a conduit à retenir un revenu annuel sans invalidité, déduction faite d'un abattement de 10%, de 60'287.23 au lieu de 60'467. Il en résulte un degré d'invalidité de 17.18% au lieu des 17.42%, ce qui ne porte pas à conséquence, ce taux étant également inférieur au seuil des 40% ouvrant le droit à une rente. Il reste également inférieur au seuil des 20% ouvrant le droit aux mesures de reclassement de l'AI.

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]).

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré ; le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et devraient être mis à la charge du recourant, qui succombe. Toutefois, dès lors que ce dernier est

au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

Il n'y a pour le surplus pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGGA).

Le recourant bénéficie en outre, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat, en la personne de Me Philippe Graf (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Ce dernier a déposé sa liste des opérations pour la période du 24 novembre 2017 au 18 avril 2018 faisant état d'un total de 10.5 heures. Contrôlées au regard de la procédure, les opérations effectuées rentrent globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié. Conformément au tarif horaire applicable, le défraiement équitable de Me Graf doit ainsi être fixé à 10.5 heures à 180 fr. (art. 2 al. 1 let. RAJ), soit 1'890 fr., auxquels doivent être ajoutés les débours par 56 fr. 30 compte tenu de la liste des débours produites (art. 3 al. 1 RAJ) et la TVA au taux de 8% par 155 fr. 70. Le montant total de l'indemnité d'office en faveur de Me Graf s'élève ainsi à 2'102 fr., et sera provisoirement supportée par le canton.

**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 23 août 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

IV. L'indemnité d'office de Me Philippe Graf, conseil du recourant, est arrêtée à 2'102 fr. (deux mille cent deux francs), débours et TVA compris.

V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis provisoirement à la charge de l'Etat.

VI. 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 Philippe Graf, à Lausanne (pour J. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :