

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu, juge, et Perreten, assesseur
Greffière : Mme Neyroud

Cause pendante entre :

Z._____, à [...], recourant, représenté par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Né en [...], Z. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais, au bénéficiaire d'une autorisation de séjour (permis B) en Suisse depuis le 25 avril 2004, s'est séparé de son épouse, avec qui il a eu trois enfants, en avril 2013. Au mois de septembre de la même année, le fils cadet du couple est décédé à l'âge de 9 ans.

Sans formation professionnelle certifiée, l'assuré a exercé la profession de maçon, notamment pour le compte de la société [...] SA, dès le 1^{er} mars 2007. En incapacité de travail depuis le 7 juin 2012, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 27 novembre 2012.

Dans un rapport du 8 décembre 2012, le Dr R. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, a fait état des diagnostics de polyangéite microscopique et de goitre plongeante avec nodules thyroïdiens. Il a en outre exposé qu'il suivait l'assuré depuis 2006 en raison d'une maladie lithiasique rénale, ainsi que pour différents troubles dégénératifs du squelette en rapport avec la maladie de la goutte et « l'accidentalité de sa profession ». La situation médicale de son patient s'était péjorée ensuite d'un accident en août 2009. A compter du mois d'avril 2012, l'intéressé avait consulté en raison de douleurs thoraciques liées aux mouvements respiratoires. Le Dr R. _____ avait dès lors demandé une hospitalisation au Centre hospitalier [...] (ci-après : Centre hospitalier W. _____), où le diagnostic de polyangéite microscopique avait été posé. A l'heure actuelle, le médecin-traitant notait une persistance de la douleur thoracique et de l'asthénie, raison pour laquelle il attestait d'une incapacité totale de travail. L'examen clinique permettait de constater une diminution de la force et une fonte musculaire. Le pronostic était mauvais « en raison de l'histoire naturel[le] de la pathologie, [qui évoluait par] rémission et récurrence [et qui] s'ajout[ait] aux trouble[s] rhumatismaux préexistants ». L'évolution

était caractérisée par « une péjoration constante chez un patient maçon de profession et avec peu de ressources pour un[e] formation », ce qui laissait penser que « du point de vue professionnel, les possibilités [étaient] nulles ». Au final, la capacité de travail était nulle, de manière « totale et définitive » dans toute activité, en raison d'une « impossibilité d'effectuer l'effort physique en rapport avec sa profession de maçon », ainsi que d'une « impossibilité d'effectuer l'effort physique en rapport avec les tâches habituelles de n'importe quel métier en rapport avec ses compétences professionnelles ». Ce constat découlait de l'évolution des troubles dégénératifs auxquels s'ajoutaient les défaillances organiques liées aux troubles auto-immunitaires, et compte tenu d'une détérioration globale de l'état de santé avec des douleurs squelettiques et une asthénie provoquée par la maladie « inflammatoire/auto-immunitaire et même [par le] traitement ».

Dans son avis du 10 janvier 2013, le Dr S._____, médecin au sein du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a estimé que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis le 7 juin 2012, compte tenu principalement d'un état général diminué et asthénique. Compte tenu de ce constat, l'OAI a renoncé à mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel (cf. communication du 15 janvier 2013) et a invité l'assuré à prendre contact avec lui dès l'amélioration de son état de santé.

A teneur d'un rapport non daté, reçu par l'OAI le 13 février 2013, les Drs C._____ et T._____, spécialistes en allergologie et immunologie clinique, ont confirmé le diagnostic de polyangéite microscopique et ont notamment exposé que l'assuré bénéficiait encore d'un traitement de Prednisone® et de rituximab plus de six mois après le diagnostic de polyangéite, en raison d'une absence de rémission sur le plan rénal. En effet, il était noté une persistance d'une protéinurie et d'une hématurie microscopique, ainsi que, rarement, des douleurs thoraciques respiro-dépendantes en diminution. La polyangéite ne semblait actuellement pas sous contrôle au vu des paramètres rénaux. Dans le cadre d'une vasculite qui n'était pas encore contrôlée, une fatigue

importante était possible. L'assuré présentait également des douleurs pleurétiques et dorsales lors d'exercices physiques importants, ainsi qu'une dyspnée de stade II. Une reprise du travail n'était pas envisageable en l'état, mais pourrait l'être à moyen terme, à 50 %, en fonction de l'évolution. Le rendement pourrait être réduit au vu du caractère physique de l'activité professionnelle habituelle.

Le 9 avril 2013, le Dr D._____, spécialiste en néphrologie, a exposé que le traitement médicamenteux (glucocorticoïdes et rituximab) pouvait entraîner une fatigue et une fatigabilité plus rapide lors d'activités. Il existait également le risque d'un impact psychologique de la maladie, puisqu'elle avait récemment bouleversé les habitudes de l'assuré. On pouvait néanmoins s'attendre à une amélioration de l'atteinte médicale aiguë et, en corollaire, à une diminution de l'intensité du traitement médicamenteux. Le Dr D._____ laissait le soin au médecin-traitant d'estimer l'incapacité de travail de l'assuré, étant précisé qu'il n'existait pas de limitations en lien direct avec l'atteinte rénale.

Pour sa part, le Dr N._____, spécialiste en médecine interne générale, a fait état d'une incapacité de travail totale, pour une durée indéterminée, dans un rapport du 2 mai 2013.

L'assuré a repris son activité professionnelle à un taux de 50 %, avec un travail allégé physiquement du 11 mai au 16 octobre 2013. Le 17 octobre 2013, il s'est blessé au dos en soulevant une charge, ce qui a entraîné une nouvelle période d'incapacité de travail.

Dans un rapport parvenu à l'OAI le 6 mars 2014, le Dr R._____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies liées à des troubles statiques et dégénératifs importants du rachis, notamment un rétrolisthésis L4-L5 et un antélisthésis L5-S1 avec syndrome irritatif et déficitaire L4 et L5 droit, ainsi que de PAN (périartérite noueuse), de diabète type II et de goitre plongeant. Il a en outre fait état du développement d'une humeur dépressive de l'assuré à la suite du décès de son troisième enfant.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre [...] (ci-après : Centre Q._____). L'assuré a été examiné le jeudi 3 septembre 2015 par le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et le 9 septembre 2015 par le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 16 octobre 2015, les experts ont exposé que, sur les plans de la médecine interne et psychique, l'assuré ne présentait aucun trouble incapacitant. En revanche, sur le plan rhumatologique, l'intéressé était confronté à des limitations en ce qui concernait les activités physiques lourdes, telles que celles prévalant dans le métier de maçon, en raison des troubles dégénératifs du rachis lombaire. L'assuré présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2013. En revanche, la capacité de travail était, depuis toujours, entière dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions assis/debout, sans port répétitif de charges de plus de 10 kg ou port ponctuel de charges de plus de 15 kg, ainsi que sans mouvements répétitifs du tronc en flexion/extension ou rotation du rachis ou en porte-à-faux.

Dans un avis du 5 novembre 2015, le Dr H._____, médecin au sein du SMR, s'est rallié aux conclusions des experts et a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce depuis toujours.

Aux termes d'un document intitulé « REA - Calcul du salaire exigible », l'OAI a tenu compte d'un revenu sans atteinte à la santé de 61'076 fr. et d'un revenu raisonnablement exigible, malgré les atteintes à la santé, de 59'542 fr. 57, faisant apparaître un préjudice économique de 1'533 fr. 43.

Par projet de décision du 3 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait de lui refuser le droit à une rente, ainsi qu'à des mesures d'ordre professionnel.

Contestant ce projet de décision, l'assuré, par l'entremise de son conseil, a notamment produit un questionnaire médical rempli par le

Dr R._____, à teneur duquel ce médecin critiquait l'expertise du Centre Q._____, la jugeant notamment incomplète et vague (cf. courrier du 7 juin 2016).

Dans l'intervalle, le 25 février 2016, l'assuré a subi une foraminotomie des vertèbres L5-S1 en raison d'une sténose foraminale au même niveau. L'intervention n'a pas induit de complications (cf. rapport établi le 15 juillet 2016 par les Drs P._____, et X._____, chef de clinique adjoint, respectivement médecin-assistant au sein du service de neurochirurgie - policlinique du Centre hospitalier W._____).

L'OAI a mis en œuvre une expertise confiée à un médecin du SMR. Aux termes d'un rapport d'examen SMR du 28 avril 2017, le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a estimé que l'intervention chirurgicale lombaire et la période de convalescence qui s'en était suivie justifiaient une incapacité de travail de trois mois au plus, compte tenu de l'absence de complication post-opératoire. Il a pour le surplus retenu ce qui suit :

« Limitations fonctionnelles

Colonne lombaire : position assise au-delà d'une heure, position debout au-delà de 15 minutes, marche au-delà de 30 minutes, port de charges au-delà de 10 kilos, mouvements répétitifs de rotation, flexion, extension du rachis, posture en porte-à-faux lombaire. Une activité avec alternance des positions assis-debout permet à l'assuré de travailler à plein temps.

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

Il y a une incapacité de travail dans la profession de maçon de 100 % depuis octobre 2013 suite à la survenue des lombosciatalgies.

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

L'incapacité de travail est restée nulle dans l'activité de maçon. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y a pas d'incapacité de travail à l'exception de la période limitée dans le temps faisant suite à l'intervention chirurgicale lombaire.

Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance de la colonne lombaire aux contraintes mécaniques dans le cadre de discopathies et d'arthrose postérieure étagée, avec rétrolisthésis de degré I de L4 sur L5 et antélisthésis de degré I de L5 sur S1 avec rétrécissement foraminal bilatéral.

Date du début de l'aptitude à suivre/ à s'investir une mesure de réadaptation [sic]

Sans délai.

Pronostic

Des facteurs extra-médicaux sont de mauvais pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle. Il s'agit de la faible scolarisation, de la non-maîtrise du français, du peu d'expérience professionnelle en dehors de celle de maçon qui ne peut plus être exercée, d'un contexte familial difficile avec un divorce en cours, un faible réseau social- La tendance à l'amplification des symptômes évoque un comportement douloureux qui est également de mauvais pronostic pour une reprise du travail ».

Par courrier du 22 septembre 2017, l'assuré, sous la plume de son conseil, a demandé des nouvelles de l'expertise. Le 27 septembre 2017, l'OAI a répondu que « le dossier suit son cours, nous donnerons suite à l'audition dès que possible ».

Aux termes d'un second document intitulé « REA - Calcul du salaire exigible », l'OAI a modifié le salaire qu'il estimait raisonnablement exigible malgré les atteintes à la santé, pour tenir compte des nouvelles limitations fonctionnelles déterminées par le Dr G._____. Il a fixé ce salaire à 56'485 fr. 15, faisant apparaître un préjudice économique de 4'590 fr. 85.

Par décision du 4 décembre 2017, l'OAI a refusé la demande de prestations de l'assuré, ce dernier présentant un taux d'invalidité de 7,52 %, soit un taux insuffisant pour lui ouvrir le droit à la rente et celui à des mesures de reclassement. Dans son courrier accompagnant sa décision, l'OAI a notamment expliqué ce qui suit :

« Il ressort de l'examen clinique du SMR que votre atteinte à la santé contre-indique l'exercice de votre activité habituelle de maçon. Par contre, dans une activité adaptée à son [sic] atteinte, soit une activité dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement. Il [sic] pourrait également travailler comme gardien de parking ou de musée, aide administratif dans le domaine du scannage, il conserve une capacité de travail de 100 % ».

B. Par acte de son mandataire du 22 janvier 2018, Z._____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant principalement à « l'annulation de la décision en cause et à la constatation qu'il possède un droit au reclassement ainsi qu'à une rente d'invalidité de l'OAI ». Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'OAI. Dans un premier grief, le recourant a fait valoir une violation de son droit d'être entendu, du fait en particulier qu'il n'avait pas pu prendre connaissance du rapport d'examen SMR du 28 avril 2017 et se déterminer à son égard, alors même que l'OAI s'était basé sur cette pièce dans sa décision entreprise. Il a pour le surplus contesté disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, se référant en particulier aux appréciations des Drs S._____ (avis SMR du 10 janvier 2013), C._____ et T._____ (rapport du 13 février 2013), N._____ (rapport du 2 mai 2013), ainsi que R._____. Ce dernier avait par ailleurs émis des critiques à l'encontre de l'expertise du Centre Q._____, dont l'OAI n'avait pas tenu compte.

Dans sa réponse du 26 mars 2018, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il a ajouté que le conseil de l'assuré était informé du fait qu'un examen SMR avait été effectué, si bien qu'il lui appartenait de solliciter une copie du rapport y afférent.

Par réplique du 18 juin 2018, le recourant a en particulier objecté avoir demandé des nouvelles de l'expertise par courrier du 22 septembre 2017 et que la réponse donnée par l'OAI (cf. courrier du 27 septembre 2017) laissait entendre qu'aucun rapport n'avait encore été émis.

L'intimé a maintenu sa position dans sa duplique du 11 juillet 2018, précisant que si une violation du droit d'être entendu devait être reconnue, ce vice pouvait être réparé par la procédure judiciaire.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

3. Dans un premier grief d'ordre formel, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu.

a) Compris comme l'un des aspects de la notion générale de procédure équitable au sens de l'art. 29 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), le droit d'être entendu garantit notamment à la personne concernée le droit d'avoir accès au dossier pour connaître préalablement les éléments dont dispose l'autorité et jouir ainsi d'une réelle possibilité de faire valoir ses arguments avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 142 II 218 consid. 2.3 ; 135 II 286 consid. 5.1 et les références citées).

Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans sa décision, soit tenue d'en aviser les parties

(ATF 143 IV 380 consid. 1.1 ; 132 V 387 consid. 3.1). Les intéressés doivent ainsi être informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387 consid. 6.2 ; 128 V 272 consid. 5b/bb et les références citées).

b) Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Selon la jurisprudence, sa violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

4 a) En l'occurrence, le recourant se plaint du fait que l'intimé ne lui avait pas communiqué le rapport d'examen SMR – respectivement ne l'avait pas communiqué à son avocate – si bien qu'il n'avait pas pu en prendre connaissance et se déterminer à son égard avant qu'une décision soit rendue. Le recours est bien fondé sur ce point. En effet, tel que cité *supra* (cf. consid. 3a), le droit d'être entendu comprend le droit de s'exprimer sur les pièces du dossier avant qu'une décision soit rendue. Ce droit implique d'être informé du dépôt d'une nouvelle pièce, en particulier s'il s'agit d'une pièce aussi importante qu'un rapport d'examen tel que celui établi par le Dr G._____, pour le SMR. Me Primault avait expressément demandé des nouvelles de la procédure d'expertise dans sa correspondance du 22 septembre 2017. Dans ces circonstances, l'intimé ne pouvait pas lui répondre simplement que le dossier suivait son cours, puis lui notifier une décision au sein de laquelle il se référait à l'expertise, sans préalablement lui communiquer ce rapport et lui laisser la possibilité de se déterminer si elle le souhaitait.

b) Cela étant, la Cour des assurances sociales dispose d'un plein pouvoir d'examen et Me Primault a eu l'occasion de s'exprimer au sujet de la nouvelle pièce médicale dans le cadre de la présente

procédure. La violation du droit d'être entendu en procédure administrative est donc réparée en procédure de recours judiciaire. Il n'y a dès lors pas lieu d'annuler la décision litigieuse en raison du vice de procédure, ce qui ne ferait que retarder inutilement la résolution du litige et serait contraire avec l'intérêt du recourant à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable.

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

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

c) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Un assuré a droit à de telles

mesures lorsqu'en raison de la nature et de la gravité de l'atteinte à la santé, il subit une diminution durable de la capacité de gain de 20 % environ dans son activité lucrative antérieure ou dans les activités lucratives exigibles sans formation professionnelle additionnelle (TF 9C_511/2015 du 15 octobre 2015 consid. 3 et les références citées).

6. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure 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 exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

7. a) Dans sa décision entreprise, l'intimé a retenu que le recourant présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle, mais que sa capacité demeurerait pleine dans une activité adaptée, ce depuis toujours. Le recourant conteste cette capacité résiduelle et critique en particulier la valeur probante de l'expertise du Centre Q._____.

Or, cette expertise établie le 16 octobre 2015 par les Drs F._____ et M._____, remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir conférer une pleine valeur probante. Elle fait état des plaintes exprimées par le recourant, comporte une anamnèse détaillée, ainsi qu'une description du contexte déterminant. Les médecins du Centre Q._____ n'ont en particulier pas ignoré la situation familiale du recourant durant l'année 2013 ni l'évolution de son état de santé. Leur rapport contient une appréciation claire de la situation et aboutit à des conclusions médicales motivées et exemptes de contradictions.

b) S'agissant de la capacité de travail du recourant dans sa profession de maçon, on doit tout d'abord constater qu'il a effectivement présenté une période d'incapacité totale de travail entre le 7 juin 2012 et le 11 mai 2013 due à une polyangéite microscopique. Quand bien même les experts du Centre Q._____ ne l'ont pas expressément indiqué dans leur rapport, ils n'ont pas remis en question cette période d'incapacité. Ils ont toutefois estimé, en se fondant sur l'appréciation du Dr D._____, que cette atteinte n'entraînait plus d'incapacité de travail depuis le mois d'avril 2013 au moins (cf. p 17 et 18 de l'expertise). Ce constat des experts n'est pas en contradiction avec l'avis du Dr S._____, émis en janvier 2013, ni avec celui des Drs C._____ et T._____, datant du mois de février 2013, étant précisé que ces derniers médecins estimaient à cette époque que le recourant pourrait à moyen terme reprendre son travail à 50 % avec un rendement réduit.

De fait, il ressort du dossier que le recourant a recommencé à travailler entre le 11 mai et le 16 octobre 2013. Cela étant, le point de savoir s'il avait effectivement retrouvé une pleine capacité de travail dans son activité de maçon, ou seulement une capacité de travail de 50 %, compte tenu d'un éventuel déconditionnement et des atteintes dégénératives de son dos, peut être laissé ouvert.

b) A la suite d'un nouvel arrêt de travail le 17 octobre 2013 dû à des lombosciatalgies, les experts du Centre Q. _____ ont retenu que la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle était désormais nulle. Selon eux, l'intéressé avait en revanche conservé une pleine capacité dans une activité légère, permettant l'alternance des positions assis/debout, sans port répétitif de charges de plus de 10 kg ou port ponctuel de charges de plus de 15 kg, ainsi que sans mouvements répétitifs du tronc en flexion/extension ou rotation du rachis ou en porte-à-faux.

Aucune pièce médicale au dossier ne justifie de s'écarter de ces conclusions, étant relevé que le Dr N. _____ ne s'est pas prononcé sur ce point en mai 2013. Le seul médecin à constater la persistance d'une incapacité de travail dans toute activité est le Dr R. _____. Or, ses constatations ne sont guère probantes. D'abord, elles reposent sur des descriptions cliniques et une motivation particulièrement succinctes. Ensuite, dès le mois de décembre 2012, le Dr R. _____ a attesté d'une incapacité de travail totale et définitive dans toute activité, ce qui n'est tout simplement pas crédible. En réalité, le médecin-traitant a d'emblée estimé que son patient ne pouvait mettre en valeur sa capacité de travail que dans une activité physiquement lourde, compte tenu de son absence de formation professionnelle. On ne saurait toutefois partager ce point de vue, qui ne porte au demeurant pas sur une question médicale.

c) Pour le surplus, l'OAI a tenu compte d'une nouvelle période d'incapacité de travail liée à une opération du dos subie par le recourant en 2016. Selon le Dr G. _____, dont le rapport revêt une pleine valeur

probante, cette incapacité n'a cependant pas excédé trois mois, si bien que ce médecin a rejoint les experts du Centre Q._____ dans leurs conclusions relatives à la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, à l'exception de la période de convalescence suivant l'intervention. Il a cependant élargi le cercle des limitations fonctionnelles, ce dont l'OAI a tenu compte.

Au vu de ces éléments, il convient de constater que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité permettant l'alternance des positions assis/debout, n'imposant pas de demeurer assis plus d'une heure et debout plus d'un quart d'heure, ni de marcher plus de 30 minutes ou de porter des charges au-delà de 10 kg et évitant les mouvements répétitifs de rotation, flexion et extension du rachis, de même que les postures en porte-à-faux lombaire.

8. Cela étant constaté, il y a lieu d'examiner le degré d'invalidité du recourant.

a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1).

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le

handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75).

b) En l'occurrence, les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé ne prêtent pas flanc à la critique et ne sont au demeurant pas contestés par le recourant. Ce dernier ne revient pas non plus sur l'abattement de 15 % appliqué par l'OAI compte tenu de ses limitations fonctionnelles. La comparaison entre le revenu auquel le recourant aurait pu prétendre sans son invalidité et celui qu'il pourrait désormais réaliser conduit à une perte de gain de 4'590 fr. 80, soit un degré d'invalidité de 7,52 %.

On doit donc admettre qu'en octobre 2014, soit à la fin de la période de carence d'une année prévue par l'art. 28 al. 1 let. c LAI, le recourant ne présentait pas une invalidité de 40 % au moins qui aurait pu lui ouvrir le droit à une rente. De la même manière, il présentait un taux d'invalidité insuffisant pour lui ouvrir le droit à des mesures de reclassement professionnel. A cet égard, on précisera que la date du 29 avril 2014, dont on ignore à quoi elle correspond, retenue par l'OAI comme fin du délai de carence, n'amène pas à un autre résultat. Il en irait de même si, par hypothèse, le début du délai de carence devait être fixé au mois de juin 2012. Dans le cas particulier, quelle que soit la date du début de la longue maladie retenue, le degré d'invalidité du recourant n'a jamais dépassé le seuil du droit à des mesures de reclassement, *a fortiori* celui du droit à la rente.

9. a) En définitive, mal fondé, le recours 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 contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1^{bis} première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe.

c) En principe, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'y aurait pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA). Néanmoins, dans la mesure où le recours a été nécessaire pour réparer la violation du droit d'être entendu en procédure administrative, le recourant peut prétendre à de tels dépens. Ces derniers, arrêtés à 2'300 fr. seront mis à la charge de l'intimé (cf. TF 8C_738/2014 du 15 janvier 2015 consid. 7 ; 9C_670/2013 du 4 février 2014 consid. 3.3.1).

**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 4 décembre 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 mis à la charge de Z. _____.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Z. _____ un montant de 2'300 fr. (deux mille trois cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Flore Perrault (pour Z. _____) ;
- 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 :