

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 septembre 2018

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Di Ferro Demierre, juge et M. Riesen, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

V._____, à (...), recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 28 LAI

E n f a i t :

A. V._____, né en [...], originaire de [...], est arrivé en Suisse en 2002. Il a été scolarisé en [...] pendant huit ans, puis a effectué un apprentissage de carrossier d'une durée d'une année et demie, sans obtenir de certification professionnelle. En décembre 2009, il a fondé sa propre entreprise de construction métallique sous la raison individuelle [...]. Elle a été radiée du Registre du commerce (ci-après : RC) en janvier 2015.

Le 15 juillet 2014, il a déposé une demande de prestation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), en faisant état d'une incapacité totale de travail depuis le 28 octobre 2013 en raison de douleurs dorsales. Il a toutefois pu reprendre ses activités de bureau à un taux de 20%.

Dans son rapport 30 juillet 2014, la Dresse A._____, médecin traitante, a retenu le diagnostic de lombo-cruralgies bilatérales non déficitaires d'origine mixte (double discopathie avec protrusion discale L3-L4 bilatérale et L4-L5, canal lombaire étroit L3-L4, dérangement intervertébral mineur et rachis plat). L'incapacité de travail était entière pour les activités impliquant le port de charge de plus de 5 kg ou sollicitant le dos de manière accrue.

Le Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu dans un rapport du 19 août 2014 les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales dans le contexte de troubles dégénératifs étagés, de canal lombaire étroit relatif L3-L4 et de syndrome de majoration. Il existait par ailleurs un état dépressif réactionnel. Le traitement se limitait à un reconditionnement physique. La capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle de gestion d'entreprise.

Le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré en juillet 2014. L'examen neurologique en rapport avec le rachis lombaire ne montrait aucun déficit. Les examens d'imagerie

montraient une sténose canalaire lombaire modeste associée à une maladie discale bi-étagée, pour lesquelles il n'y avait pas d'indication chirurgicale. L'examen du rachis avait mis en évidence un rachis de type « plat », à savoir sans lordose lombaire associé à une cyphose thoracique minime très haut située. Le déséquilibre dans le plan sagittal était majeur avec un aplomb sagittal en avant des grands trochanters, l'assuré « marchant penché en avant en regardant ses pieds, avec une tendance à chuter en avant ». Du point de vue thérapeutique, une approche conservatrice commandait de changer totalement de profession. Ce type de rachis était totalement incompatible avec les efforts physiques. Un nouvel emploi devait éviter le port de charge, les porte-à-faux du tronc et privilégier l'alternance des positions assises et debout.

L'analyse économique pour les indépendants établie par l'OAI le 3 février 2014 n'a pas permis d'établir de manière fiable le revenu d'indépendant. Il était dès lors proposé de se référer aux données salariales de la branche pour établir le revenu d'invalidé.

A la requête de l'OAI, la Dresse A. _____ a indiqué dans un rapport du 28 janvier 2015, que l'état de santé de l'assuré n'avait pas évolué depuis son dernier rapport du 30 juillet 2014. Ainsi, la capacité de travail était nulle à partir du 28 octobre 2013 pour toute activité physique sur les chantiers. Elle était de 50 à 80% à partir du 1^{er} février 2015 dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles (éviter le port des charges à répétition égal ou supérieur à 10kg et les positions inchangée de travail).

L'assuré a suivi une mesure de coaching sur la gestion de la douleur et la transition de son parcours professionnel. Débutée le 28 novembre 2014, cette mesure a été interrompue à la demande l'assuré le 31 janvier 2015. Le rapport final du 5 février 2015 établi par la Fondation Mode d'Emploi résume l'entretien de l'assuré avec son conseiller AI et la Dresse A. _____, dans les termes suivants :

« La Dresse A. _____ nous a expliqué que le seul point faible de l'état de santé de M. V. _____ est son dos et qu'il doit faire

attention à ne pas porter plus de 10 kg. Autrement, il n'y aucune restriction relative à l'alternance des positions, ni à la position debout ou assise. Selon son médecin, M. V._____ peut marcher même sur les terrains irréguliers. Elle l'encourage à retravailler et à effectuer un stage en qualité d'ouvrier auprès de notre atelier de démontage d'appareils électroniques afin de se maintenir en activité et par conséquent, d'éviter une longue absence sur le marché de l'emploi. Il s'agit d'un stage adapté à son état de santé, sans port de charge et sans exigence de rendement ».

L'assuré a été hospitalisé du 15 au 29 avril 2015. L'assuré s'était présenté aux urgences pour une acutisation des lombosciatalgies, avec impossibilité de marcher à cause de la douleur et une réapparition de sciatalgie à droite irradiant postérieurement jusqu'à la cheville. Le Dr [...], qui a établi un rapport le 1^{er} mai 2015, indiquait que le tableau clinique montrait une aggravation des douleurs avec apparition d'un déficit moteur dans le territoire de L5 à droite. Une nouvelle IRM lombaire mettait en évidence une atteinte multi-étagée de la colonne lombaire, prédominant à l'étage L4-L5 avec une extrusion discale et un fragment discal luxé vers le bas, paramédialement à droite, comprimant la racine de L5. Un avis était demandé aux neurochirurgiens du CHUV.

Le Dr [...], spécialiste en neurochirurgie, a retenu, dans son rapport du 15 mai 2015, une indication opératoire pour le traitement de la hernie discale.

Le 24 juin 2015, la Dresse A._____ a adressé l'assuré au Centre de la douleur de la [...].

Dans un rapport du 2 juillet 2015, le Dr T._____, spécialiste en psychiatrie, a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique et une incapacité totale de travailler depuis le début du suivi, soit le 6 mai 2015. L'assuré présentait un état dépressif en lien avec ses douleurs physiques et ses difficultés financières et professionnelles.

Le 18 juin 2015, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait chuté à domicile et s'était blessé un muscle du bras gauche. Le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est prononcé sur cette atteinte, dans un

rapport manuscrit du 14 juillet 2015, en indiquant que l'assuré présentait une asthénie des fléchisseurs du carpe à gauche pouvant correspondre à une déchirure partielle datant de plusieurs semaines.

Le Dr [...], du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a retenu, dans un avis du 10 août 2015, que l'assuré présentait une pleine capacité dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (soulèvement et port de charges supérieures à 5 kg, travail en porte-à-faux prolongé du tronc, alternance 3x/h position assis/debout, exposition à des engins vibrants, travaux de force impliquant le membre supérieur gauche), la capacité de travail dans l'activité habituelle étant par contre nulle. La réinsertion professionnelle par le biais de mesures de réadaptation était indiquée chez cet assuré qui n'avait pas travaillé depuis longtemps.

L'assuré a débuté une mesure d'observation professionnelle auprès de l'Organisation romande pour la formation et l'intégration professionnelle (ci-après : Orif) le 4 janvier 2016, aux fins d'évaluation de la capacité de travail et de réadaptation. Il a cependant présenté une incapacité totale de travailler dès le 7 janvier 2016, attestée par la Dresse A._____, de sorte que la mesure a été interrompue.

A la requête de l'OAI, la Dresse A._____ a précisé, dans un rapport du 18 janvier 2016, que l'assuré présentait des lombo-cruralgies bilatérales aggravées par le travail (position assise). L'état était cependant stable depuis son dernier rapport datant du 24 juin 2015. Une reprise de l'activité était à envisager depuis le 1^{er} février 2016, à un taux de 50%

Le Dr K._____, médecin consultant auprès de l'Orif, a examiné l'assuré le 10 novembre 2015 et le 5 janvier 2016. Sur la base de ces deux consultations, il a rédigé un avis du 22 janvier 2016, dont il ressort les éléments suivants :

« [...]. A l'examen, M. V._____ est plaintif et passablement démonstratif, présentant des signes de non-organicité. Il a tout de même des troubles statiques vertébraux nets. Le SMR estime nulle

la capacité de travail comme ouvrier de la construction métallique, mais entière dans une activité adaptée.

A l'atelier, M. V. _____ a fait du soudage. Il est démonstratif, soupire, se plaint de douleurs permanentes. Il n'organise pas l'ergonomie de son poste de travail. Son travail est haché par plusieurs téléphones. Après 2 jours au Copai, il consulte son médecin traitant qui accorde un arrêt de travail. Nous avons convoqué M. V. _____ pour un entretien le 12 janvier. Il ne s'est pas présenté à ce rendez-vous et nous ne l'avons donc pas réexaminé. Nous n'avons pas été en mesure de comprendre pour quelle raison le médecin traitant a signé un arrêt de travail.

Sur la base du préexamen et de l'entretien de l'entrée, nous sommes de l'avis qu'un stage d'observation au Copai aurait été possible moyennant une meilleure collaboration et un peu plus d'efforts de l'assuré. Evidemment, sans observation, nous ne pouvons pas nous prononcer sur des pistes professionnelles ».

L'Orif a établi son rapport final le 11 février 2016. Il en ressort les éléments suivants :

« Conformément à votre demande, nous avons accueilli M. V. _____ pour un stage d'observation professionnel (art. 69 RAI). Sa mesure Orif COPAI était prévue du 4/01 au 29/01/2016. Toutefois elle a été interrompue au 07/01/2016.

A l'arrivée dans nos ateliers, nous sommes en présence d'une personne qui présente bien. Il porte constamment une casquette en feutre noir sur la tête. Lors de notre entretien, il montre des signes d'inconfort qu'il manifeste par des soupirs. Il nous indique aussi que son dos se bloque fréquemment. Lors de la matinée dans les ateliers, il est parfois assis sur le bord de la chaise de sorte que son dos est très courbé.

L'après-midi après être arrivé dix minutes en retard, l'assuré agit debout. Cependant il ne relève pas son plan de travail. Il se tient courbé en avant. L'assuré nous dit manquer cruellement de patience face au travail proposé. Le second jour de stage, M. V. _____ montre de plus en plus de signes de souffrance. Il quitte trois fois l'atelier et semble faire des téléphones lorsqu'il se trouve à l'extérieur. Le lendemain l'assuré ne se présente pas aux ateliers. Il nous informe, par téléphone qu'il n'arrive plus à venir travailler et qu'il nous transmettra un certificat médical ».

Dans un courrier du 10 mai 2016 à l'OAI, Me Carré a indiqué que l'assuré projetait de fonder une nouvelle société. Pour mener à bien ce projet, il devait entreprendre une formation complémentaire dans le domaine du dessin, de la conception et du soumissionnement de structures métalliques, pour lequel il sollicitait le soutien de l'OAI.

Par son avocat, l'assuré a informé l'OAI le 6 octobre 2016, qu'il avait fondé l'entreprise [...], grâce à laquelle il percevait désormais un salaire mensuel net de 3'000 francs. Il travaillait à un horaire réduit et selon ses possibilités, du fait de ses douleurs dorsales. En ce sens, il s'estimait toujours impacté dans sa santé, et maintenait sa demande d'aide à la reconversion.

La Dresse A. _____ a complété un questionnaire de l'OAI le 9 février 2017. Elle a indiqué que l'assuré avait repris le travail en septembre 2016 et que sa capacité de travail dans l'activité habituelle (associé-gérant d'une entreprise du domaine de la construction) était bonne, s'il pouvait éviter le port de charges.

Le 1^{er} mars 2017, le Dr [...] a confirmé la teneur de son avis du 10 août 2015, selon lequel l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

Par projet de décision du 10 mai 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'elle entendait refuser l'octroi d'une rente d'invalidité ou des mesures de reclassement, après avoir déterminé un degré d'invalidité de 10%. Si l'activité habituelle était totalement contre-indiquée par les limitations fonctionnelles (soulèvement de charge supérieure à 5 kg, travail en porte-à-faux du tronc prolongé, alternance des positions assis/debout, pas d'utilisation d'engins vibrants, travaux de force avec le membre supérieur gauche), une activité légère, épargnant le rachis, était exigible à plein temps.

Le 29 mai 2017, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition au projet précité. Il a indiqué que la société qu'il avait fondée avec un associé n'était plus active et qu'elle serait prochainement radiée du RC. Il maintenait par conséquent sa requête de mesures de réadaptation, lesquelles étaient indispensables à une véritable réinsertion. Par ailleurs, sa capacité résiduelle de travail avait été surévaluée. A l'appui de son écriture, il a produit un certificat médical du

16 mai 2017 établi par la Dresse A._____, dont il ressort les éléments suivants :

La personne susnommée souffre depuis des années de douleurs chroniques au dos. Il est obligé à prendre des anti-inflammatoires tous les jours et il a complètement modifié sa manière de travailler. Il a dû abandonner son travail physique dans la construction en faveur d'un poste de conseiller en construction à 50% afin de ménager le plus possible son dos. Encore maintenant les douleurs s'aggravent d'une façon importante s'il soulève un poids lourd (par exemple une valise de 15 kg).

Il s'agit des discopathies pluriétagées lombaires et d'un dos plat en déséquilibre statique constant. Vu ses problèmes chroniques, M. V._____ n'arrive pas à augmenter le taux de travail au-dessus de 50%, bien qu'il puisse gérer son quotidien à son poste actuel d'une manière idéale.

Le 21 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 10 mai 2017.

B. Par acte du 28 août 2017, V._____, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 21 juin 2017, concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi d'une rente ou de mesures de réadaptation, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il estime que l'intimée n'a pas suffisamment tenu compte de ses atteintes physiques et psychiques dans l'évaluation de sa capacité de travail. Il reproche par ailleurs à l'intimé d'avoir refusé l'octroi de mesures de réadaptation au motif qu'il était un travailleur non-qualifié.

Dans sa réponse du 28 septembre 2017, l'intimé a notamment expliqué que le droit à des mesures de reclassement était fonction du taux d'invalidité et non pas des compétences ou des qualifications de l'assuré, et qu'en l'occurrence, l'intéressé ne remplissait pas les conditions d'octroi de telles mesures. L'intimé a par ailleurs souligné que l'assuré avait adopté un comportement discutable (arrivée tardive, manque de patience face au travail proposé, téléphones) durant le stage organisé auprès de

l'Orif, qu'il n'avait d'ailleurs pas mené à terme sans raison médicale pertinente.

Le 10 octobre 2017, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire au recourant avec effet au 14 août 2017 et désigné Me Olivier Carré en qualité d'avocat d'office.

L'assuré a répliqué le 15 janvier 2018 en rappelant notamment qu'il avait interrompu le stage effectué auprès de l'Orif pour des raisons médicales, attestées par deux certificats médicaux. Par ailleurs, dans la mesure où l'Orif n'avait pas été en mesure d'évaluer sa capacité de travail résiduelle, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire s'imposait.

Le 9 février 2018, Me Carré a sollicité la tenue d'une audience destinée à l'audition du recourant et de « quelques témoins ».

Le 5 juillet 2018, le juge instructeur a rejeté les moyens de preuves requis dans la mesure où il n'y avait pas déjà été donné suite, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et sous réserve d'un avis contraire de la Cour. La cause a été gardée à juger.

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 ; RSV 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 a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 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.

Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

b) L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

4. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et références citées).

Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 d'un rapport médical, 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_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la capacité de travail du recourant dans l'activité habituelle d'ouvrier de chantier est nulle. Le Dr [...] l'a en effet admis dans son avis du 10 août 2015, se référant en cela aux rapports des Drs S. _____ (du 19 août 2014), R. _____ (du 1^{er} juillet 2014) et A. _____ (du 4 septembre 2014).

b) Dans une activité adaptée, le SMR a en revanche retenu que le recourant présentait une pleine capacité de travail, l'activité à considérer devant être légère, avec possibilité d'alterner les positions assises et debout, en évitant le travail en porte-à-faux prolongé du tronc, l'exposition à des engins vibrants, le port de charges supérieures à 5 kg et les travaux de force impliquant le membre supérieur gauche.

La Dresse A. _____, médecin traitante, a évalué de façon contradictoire la capacité de travail résiduelle du recourant. Elle a estimé le 28 janvier 2015 qu'il pouvait travailler entre 50 et 80% dans une activité adaptée, dès le 1^{er} février 2015. Le 5 février suivant, elle a par contre laissé entendre qu'une pleine capacité de travail était admissible (cf. rapport final du 5 février 2015 établi par Mode d'Emploi). L'état de santé du recourant s'est péjoré au cours de l'instruction menée par l'OAI, avec une indication opératoire finalement posée après deux semaines d'hospitalisation au CHUV en 2015 (cf. rapport du 15 mai 2015 établi par le Dr [...]). A la suite de cet événement, l'assuré a débuté une mesure d'observation professionnelle auprès de l'Orif, qu'il a interrompu après deux jours seulement en raison des douleurs dorsales dont il souffrait. La Dresse A. _____ a alors attesté une incapacité totale de travail durant le mois de janvier 2016, avec reprise possible de l'activité dès le 1^{er} février à 50%. Elle a par la suite estimé que la capacité de travail dans l'activité actuelle (en l'occurrence, associé-gérant d'une entreprise de construction, affecté aux tâches de bureau) était bonne. Dans un dernier rapport, daté du 29 mai 2017, la Dresse A. _____ a cette fois considéré que les problèmes de dos de l'assuré l'empêchaient d'augmenter le taux de travail au-dessus de 50%. Elle relevait qu'il avait dû abandonner son

travail physique dans la construction en faveur d'un poste de conseiller en construction à 50% afin de ménager le plus possible son dos.

Le Dr T._____, psychiatre-traitant, a pour sa part attesté une incapacité totale de travailler en raison d'un trouble psychiatrique (rapport du 2 juillet 2015), dans un rapport qui est lui aussi empreint de contradiction. En effet, il semble que l'assuré disposerait d'une capacité de travail, sans précision du taux, pour autant qu'il puisse bénéficier des mesures de réinsertion. A cet égard, on soulignera que les médecins du SMR n'ont pas investigué le volet psychiatrique, malgré le diagnostic retenu par le psychiatre-traitant, ainsi que par le Dr S._____, qui avait mentionné dans son rapport du 19 août 2014, un état dépressif réactionnel.

c) A la lumière des documents médicaux versés au dossier, il n'est pas possible de déterminer avec suffisamment de vraisemblance l'incidence des atteintes que présentent le recourant sur sa capacité résiduelle de travail. Outre le fait que le dossier n'est pas documenté sur le plan psychiatrique, il apparaît que l'avis des médecins traitants manquent pour certains de cohérence et que par ailleurs, l'état de santé du recourant a évolué sur le plan somatique depuis son hospitalisation en avril 2015, ce dont le SMR ne semble pas avoir tenu compte. Le SMR s'est du reste prononcé sans examen clinique par un spécialiste. Enfin, on peut encore souligner que les conclusions du Dr K._____, médecin-conseil à l'Orif, ne concordent pas avec les observations rapportées par les membres de l'encadrement du stage. En effet, alors que ces derniers font état des douleurs et de l'inconfort que présente le recourant à son poste de travail (« lors de notre entretien, il montre des signes d'inconfort ; il montre de plus en plus de signes de souffrance »), le Dr K._____ est d'avis qu'avec de la bonne volonté, l'assuré aurait pu terminer la mesure proposée.

Sur le vu de ce qui précède, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'office AI, auquel il appartient au premier chef d'instruire conformément au principe inquisitoire. Cette solution apparaît comme la

plus opportune étant donné que plusieurs questions n'ont pas fait l'objet d'une investigation suffisante. Il incombera ainsi à l'intimé de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique, répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

6. Vu ce qui précède, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 21 juin 2017 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants. Il y a lieu de renoncer aux mesures d'instruction requises par le recourant, lesquelles ne permettraient pas de statuer différemment.

7. a) 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 (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, les frais judiciaires arrêtés à 400 fr. sont mis à la charge de l'intimé qui succombe.

b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe. Cette somme couvre intégralement le montant de l'indemnité d'office déjà allouée par ordonnance du 15 mars 2018, ainsi que le montant de l'indemnité complémentaire qui pourrait être allouée selon la liste des opérations complémentaires produite par Me Carré le 10 juillet 2018. Il n'y a dès lors pas lieu au paiement d'une indemnité d'office complémentaire.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 21 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

- III. L'Office de l'assurance-invalidité pour le Canton de Vaud versera à V. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cent francs) à titre de dépens.

- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont portés à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré, avocat à Lausanne (pour V. _____),
- 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 :