

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 24 mai 2017

---

Composition : M. NEU, président  
Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Chaboudez

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**C.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Charles Munoz, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

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

---

**Art. 28 LAI ; 6, 7, 8 et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** C.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964 et de nationalité portugaise, s'est retrouvé en incapacité de travail dès le 12 mai 2011 dans son emploi de maçon, poste pour lequel il touchait un salaire mensuel de 5'580 fr., treize fois l'an. 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) le 5 décembre 2011.

Selon un rapport médical du 27 juillet 2011 du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, l'assuré présentait un status après cure de hernie discale lombaire L4-L5 en 1999 et était en incapacité de travail totale depuis le 12 mai 2011 en raison de l'apparition progressive de cervico-brachialgies bilatérales non déficitaires et de lombosciatalgies bilatérales prédominant du côté droit. Malgré un traitement AINS associé à de la physiothérapie, l'évolution - subjectivement du moins - était restée stationnaire dans le sens où l'assuré se plaignait de douleurs cervicales et para-cervicales bilatérales avec quelquefois irradiation sous la forme de paresthésies des membres supérieurs sans trouble moteur. Il présentait également des lombalgies en restant debout ou à la marche prolongée, avec irradiation dans les membres inférieurs sous forme de paresthésies jusque sur le dos du pied prédominant du côté gauche. Une IRM cervicale pratiquée le 8 juin 2011 avait mis en évidence une hernie discale C3-C4 paramédiane et préforaminale gauche associée à une uncarthrose avec conflit avec l'émergence radiculaire et rétrécissement du trou de conjugaison. Le radiologue avait également relevé en C5-C6 un prolapsus discal associé à une uncarthrose des deux côtés, mais plus marqué à droite. Une IRM lombaire du 20 juin 2011 avait montré un canal lombaire étroit modéré en L4-L5 sur protrusion discale circonférentielle, pédicule court, spondylarthrose et hypertrophie des ligaments jaunes ; il n'y avait cependant pas de hernie discale franche.

Le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, mentionnait dans un rapport médical du 9 décembre 2011 que son patient présentait une incapacité de travail totale dans toute activité pour une durée indéterminée.

A la demande de l'assureur-maladie de l'assuré, une expertise de neurochirurgie a été réalisée auprès de la K.\_\_\_\_\_. Dans le rapport d'expertise établi le 11 janvier 2012, le neurochirurgien O.\_\_\_\_\_ a estimé que la reprise du travail dans l'activité habituelle était possible à 50 % dès le 14 novembre 2011 puis à 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Il a retenu comme diagnostics une cervicarthrose C3-C4 et C5-C6 sans contrainte radiculaire, un canal lombaire étroit en L4-L5, un status postcure hernie discale L4-L5 et un rétrécissement foraminal L3-L4 bilatéral. L'assuré devait éviter les mouvements au-dessus de la ligne des épaules, les mouvements en porte-à-faux au niveau cervical et lombaire, le port de charges moyennes (jusqu'à 25 kg occasionnellement et/ou 5-12 kg souvent et/ou inférieures à 5 kg en permanence) ainsi que la conduite d'engins vibrants. L'expert a précisé ce qui suit :

« Il est à noter que dans son activité professionnelle de maçon, [l'assuré] est obligé de porter des charges lourdes et d'effectuer des mouvements à répétition. Cependant, les plaintes n'ont absolument pas disparu au repos, ne permettant strictement pas de juger de leur répercussion réelle sur l'activité professionnelle. Dans tous les cas, si elles sont de nouveau réactivées, il est fortement conseillé à l'assuré de chercher un travail moins sollicitant en termes de port de charges.

[...]

A ce jour, peu de choses sont objectivables, l'expert note la discordance entre l'examen clinique, lequel retrouve une raideur, une certaine limitation avec des grimaces algiques à la mobilisation crano-cervicale, et le bilan paraclinique démontrant l'absence de contraintes radiculaires sur les lésions dégénératives non significatives au niveau du rachis cervical. Habituellement, toute douleur de la ceinture cervico-scapulaire, secondaire à des phénomènes dégénératifs, comme celle décrite précédemment, doit s'atténuer de façon significative, au bout de maximum 6 semaines de repos et d'entretien musculo-articulaire régulier, même s'il existe des contraintes radiculaires mineures. La symptomatologie lombaire de l'assuré s'explique très partiellement par des phénomènes arthro-dégénératifs à l'IRM, particulièrement au niveau L4-L5, mais habituellement, dans ce type de pathologie, au bout de 2 mois d'arrêt de travail et consécutivement à une prise en charge en

physiothérapie, ainsi qu'une mobilisation musculo-articulaire, le tableau clinique devrait s'améliorer de façon significative. »

Par communication du 13 février 2012, l'OAI a pris en charge les frais d'un cours intensif de français du 13 février au 27 avril 2012, dans le cadre des mesures d'intervention précoce.

Dans un avis médical du 8 mars 2012, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé que les limitations fonctionnelles qui ressortaient de l'expertise, de même que l'indication d'un travail moins sollicitant en terme de charge, étaient incompatibles avec l'activité habituelle de l'assuré, de sorte que cette expertise n'était pas convaincante ni probante. Il a recommandé de réaliser un examen rhumatologique afin de déterminer précisément la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assuré.

Lors d'un entretien téléphonique du 6 juin 2012, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait interrompu les cours de français du fait qu'il n'arrivait pas à rester assis plus d'une demi-heure, ce dont se plaignait son enseignant, et qu'il avait de grandes difficultés à apprendre le français écrit en raison de son niveau scolaire.

Par communication du 5 juillet 2012, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation du 5 juillet au 16 octobre 2012 sous forme de bilan d'orientation, stage, technique de recherche d'emploi et cours de français. Cette mesure a dû être interrompue en raison des douleurs ressenties par l'assuré. Dans son courriel du 16 novembre 2012, l'organisatrice a mentionné que l'assuré avait montré de grandes difficultés de concentration et un besoin incessant de changer de position.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a procédé à un examen rhumatologique de l'assuré pour le compte du SMR en date du 21 mai 2012. Dans son rapport établi le 10 août 2012, il a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle de maçon et à une pleine capacité de travail sans diminution de rendement significative dans une activité adaptée, depuis au moins

novembre 2011. Il ressort notamment les éléments suivants de son analyse :

« **DIAGNOSTICS**

- *avec répercussion durable sur la capacité de travail*
  - Cervico brachialgies bilatérales chroniques M54.2
    - Cervicarthrose étagée de C3-C6 sans contrainte radiculaire
    - Hernie discale paramédiane préforaminale C3-C4 G [gauche]
    - Lombo sciatalgies bilatérales chroniques M54.4
  - Status après cure de hernie discale L4-L5 D [droite] en 1999
    - Canal lombaire étroit en L4-L5 d'étiologie mixte
    - Rétrécissement foraminaux L3-L4 bilatéral
- *sans répercussion sur la capacité de travail*
  - Status après épicondylite D
  - Surcharge pondérale modérée
  - Déconditionnement musculaire modéré avec dysbalance
  - 4 signes sur 5 selon Waddell en faveur d'un processus à caractère de non-organicité, troubles douloureux chroniques

**APPRÉCIATION DU CAS**

Il s'agit d'un assuré âgé de 47 ans, [qui] présente une symptomatologie douloureuse chronique touchant l'ensemble du rachis irradiant dans des membres supérieurs et inférieurs. Cette symptomatologie douloureuse évolue depuis le début de l'année 2011 sans notions de facteurs favorisant particuliers hormis une surcharge d'activité professionnelle.

L'examen clinique de ce jour au SMR ne met pas en évidence de limitations dans les amplitudes articulaires franches hormis celles mises en œuvre par des attitudes oppositionnelles et antalgiques. L'examen neurologique ne met pas en évidence de troubles objectivés. L'assuré met en œuvre un déficit de la force de préhension au niveau des deux membres supérieurs dans un contexte algique oppositionnel et volontaire en contradiction avec une trophicité musculaire parfaitement conservée et un examen neurologique dans les limites de la norme physiologique.

La documentation radiologique à disposition met en évidence des troubles dégénératifs sur un status après cure de hernie discale L4-L5 dans les années 1999-2000.

L'ensemble de la symptomatologie évoquée par l'assuré, la chronicité des symptômes et l'absence d'évolution malgré les différents traitements appliqués ne peut s'expliquer uniquement par les troubles structurels objectivés. La présence de contradictions et d'incohérences entre les examens cliniques réalisés et l'anamnèse fournie, de même que la présence de signes de non-organicité 4 sur 5 selon Waddell (signes comportementaux) nous incite à retenir un diagnostic de troubles douloureux chroniques non-organiques.

Les lésions structurelles objectivées sont à l'origine de limitations fonctionnelles dans des activités à forte charge physique comme déjà décrit lors de l'expertise K. \_\_\_\_\_ de novembre 2011. Ces limitations fonctionnelles de leur fait interdisent la poursuite d'une activité en [tant] que maçon (activité à forte charge physique mettant à contribution le rachis avec port de charge répétitif).

Une activité adaptée, respectant de façon stricte les limitations fonctionnelles est possible sur le plan médico-théorique à un taux de 100 % sans diminution de rendement significative. Une telle activité est vraisemblablement possible déjà depuis novembre 2011 (date de l'expertise K. \_\_\_\_\_).

L'examen clinique de ce jour confirme les diagnostics retenus lors de l'expertise K. \_\_\_\_\_ et les limitations fonctionnelles retenues. Il y a divergence entre la capacité de travail résiduelle retenue par le Dr O. \_\_\_\_\_ (100% de capacité de travail dans son activité habituelle) qui paraît irréaliste au vu des limitations fonctionnelles qu'il retient.

L'évaluation de la capacité de travail chez cet assuré se base uniquement sur les atteintes structurelles objectivées par les différents examens complémentaires à disposition et des différents examens cliniques réalisés à ce jour. La composante à caractère de non-organicité pour laquelle un diagnostic de troubles douloureux chroniques avec mise en évidence de 4 signes sur 5 selon Waddell est retenu n'a pas été prise en considération.

### ***Limitations fonctionnelles***

Pas de port de charge supérieur à 5 kg de façon répétitive, occasionnellement au-delà de 12 kg et de façon formelle au-delà de 20 kg. Pas de position en porte-à-faux, en antéflexion du rachis cervico-dorsal contre résistance de façon formelle. Pas de position statique assise au-delà de la demi-heure sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure de préférence à la guise de l'assuré. Diminution du périmètre de marche à environ une demi-heure. Pas de position debout avec piétinement. Pas d'activité en hauteur avec mouvements d'abduction ou d'antéimpulsion au-delà de 60° à répétition. »

Le SMR a suivi les conclusions de l'examen rhumatologique précité dans son avis médical du 15 août 2012, précisant que la totale capacité de travail dans une activité adaptée était à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation.

Par communication du 22 février 2013, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'observation professionnelle auprès de Y. \_\_\_\_\_ (ci-après : Y. \_\_\_\_\_). Le rapport final de cette mesure, établi le 25 mars 2013, a conclu que l'assuré présentait une capacité de travail à 100 % avec un rendement de 70 % qui pouvaient évoluer à la hausse après une

période de reconditionnement au travail. Il devait alterner les positions toutes les quinze minutes environ en raison des douleurs. Son niveau de français était jugé moyen. Le médecin qui a suivi l'assuré dans le cadre de ce stage d'observation, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et néphrologie, a mentionné ce qui suit dans son rapport médical du 18 mars 2013 :

« Subjectivement, l'assuré est très plaintif, démonstratif. L'examen objectif ne parvient pas à expliquer une telle intensité de plaintes. L'état général et la condition musculaire sont excellents, il n'y a aucun signe inflammatoire. L'examen neurologique des 4 membres est normal. Par contre, toutes les épreuves qui demandent la collaboration de l'assuré sont perturbées comme les signes de non-organicité. »

Le 27 août 2013, le SMR a indiqué qu'en l'absence d'une aggravation de l'état de santé ou de nouveaux éléments, sa position restait inchangée.

Par courrier du 4 décembre 2013, l'OAI a invité l'assuré à collaborer à un stage de reconditionnement au travail, faute de quoi les démarches de réadaptation seraient arrêtées et son taux d'invalidité serait évalué en tenant compte d'une capacité de travail de 100 % dans une activité non qualifiée adaptée à ses limitations fonctionnelles.

L'assuré a répondu le 30 décembre 2013 qu'il était prêt à collaborer, mais que son état de santé ne lui permettait pas de travailler à 100 %, même dans une activité adaptée.

Par communication du 27 mars 2014, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle sous la forme d'un stage en préparation au secteur primaire-secondaire du 14 avril au 13 juillet 2014.

Par courriel du 14 avril 2014, le responsable de la mesure a informé l'OAI que l'assuré s'était présenté avec 45 minutes de retard du fait qu'il avait dû s'arrêter à deux reprises sur la route car il avait mal au dos, et qu'il s'était prévalu d'un certificat d'arrêt de travail à 100 % délivré

par son médecin traitant. La mesure a été interrompue pour des raisons médicales.

Dans un rapport médical du 30 juin 2014, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que les symptômes de l'assuré s'étaient aggravés depuis février 2014, qu'il présentait une totale incapacité de travail dans des activités sollicitantes, mais que des stages dans des activités adaptées étaient possibles. Il a notamment transmis les documents suivants :

- Dans son rapport médical du 21 février 2014, le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service des urgences de [...] a retenu comme diagnostics des dorso-cervicalgies probablement sur discopathies, des lombo-sciatalgies chroniques et un syndrome douloureux chronique probable.
- Dans un rapport médical du 4 avril 2014, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a mentionné que l'assuré présentait des signes d'arthrose débutante aux hanches.
- Le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin qualifié pour le traitement interventionnel de la douleur et spécialiste en anesthésiologie ainsi qu'en médecine interne générale, a établi un rapport médical le 23 juin 2014 après avoir reçu l'assuré à sa consultation d'antalgie. Il a exposé qu'une IRM de la colonne cervicale avait été effectuée le 19 novembre 2013 et était superposable à celle du 8 juin 2011. Une IRM de la colonne lombaire du 4 mars 2014 avait mis en évidence une discopathie dégénérative, de l'arthrose facettaire lombaire basse avec canal lombaire étroit au niveau L4-L5 sur troubles dégénératifs avec hypertrophie du ligament jaune, ainsi qu'une protrusion discale. Selon un examen du bassin du 20 mai 2014, un conflit fémoro-acétabulaire droit était possible. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de cervico-dorso-scapulo-brachialgies bilatérales ainsi que de lombopygialgies voire sciatalgies à prédominance gauche. Il a par ailleurs souligné l'importance du contexte bio-psycho-social par rapport aux douleurs.

Dans un avis médical du 28 janvier 2015, le SMR a retenu que la situation était superposable à ce qu'elle était lors de l'examen clinique du 10 août 2012, lors duquel l'expert décrivait des douleurs chroniques diffuses, avec nombreux signes de non-organicité et un pronostic de reconversion professionnelle mauvais pour des raisons en bonne partie non médicales. Il a considéré que sur le plan médical, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 %, avec une diminution de rendement de 30 %.

Le 16 février 2016, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité.

L'assuré a présenté ses objections le 4 avril 2016 par l'intermédiaire de son mandataire, invoquant pour l'essentiel que l'OAI n'avait pas tenu compte de la péjoration de son état de santé attestée par le Dr L.\_\_\_\_\_. Il a par ailleurs critiqué le calcul des salaires avec et sans invalidité ainsi que l'absence d'abattement.

Dans un avis médical du 11 avril 2016, le SMR a précisé qu'il avait tenu compte du rapport médical du Dr L.\_\_\_\_\_ dans son précédent avis et que la situation clinique restait inchangée hormis la coxarthrose droite débutante. La symptomatologie était à mettre en lien avec les douleurs chroniques diffuses, déjà connues, et les limitations fonctionnelles tenaient compte également de cette coxarthrose débutante. Aucune nouvelle pièce médicale ne prouvait de façon convaincante une aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Par décision du 7 novembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assuré, considérant qu'il était à même de travailler à plein temps dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 30 %. Se fondant sur les données statistiques, l'OAI a calculé que le revenu d'invalidité de l'assuré, avec une diminution de rendement de 30 %, s'élevait à 45'623 fr. en 2012 tandis que sans invalidité, il aurait perçu un salaire annuel de 73'120 francs. Son degré d'invalidité était dès lors de 37

%, ce qui n'ouvrirait pas le droit à une rente d'invalidité. Dans une lettre jointe, l'OAI a répondu aux objections de l'assuré en se référant à l'avis du SMR du 11 avril 2016, en expliquant les chiffres utilisés pour le calcul du préjudice économique et en exposant qu'il ne se justifiait pas de procéder à un abattement pour un assuré âgé de 48 ans au moment où il était statué sur son exigibilité médicale, domicilié en Suisse depuis 2002 et dont les limitations fonctionnelles avaient été prises en considération dans la diminution de rendement.

**B.** Par acte de son mandataire du 8 décembre 2016, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, subsidiairement à sa réforme en ce sens que l'assuré est mis au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité au moins à partir du 1<sup>er</sup> juin 2012. Il a pour l'essentiel fait valoir que les avis du SMR se fondaient sur le rapport de stage au Y. \_\_\_\_\_ qui datait de trois ans en arrière, que sa situation s'était considérablement péjorée depuis lors et que l'OAI aurait dû investiguer cette question, de même que l'altération au niveau psychiatrique qui avait été décelée. L'assuré a par ailleurs contesté le salaire de référence utilisé pour le calcul du revenu d'invalidé, au motif que celui-ci comprenait des activités qui ne lui étaient manifestement pas ouvertes, dans la mesure où il n'était en mesure d'effectuer que des activités peu fines et ne demandant pas trop de réflexion selon le rapport final Y. \_\_\_\_\_. Il estimait en outre que l'OAI aurait dû procéder à un abattement de 5 % du fait qu'il était de nationalité portugaise, qu'il ne maîtrisait pas bien la langue française, qu'il était âgé de 52 ans et que son état de santé ne lui permettrait pas d'effectuer d'heures supplémentaires, voire le contraindrait à s'absenter fréquemment du travail. Il a produit un rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 22 novembre 2016, qui indiquait qu'il n'y avait pas véritablement d'aggravation concernant les cervicalgies et lombalgies, mais qu'il y avait indéniablement des éléments dépressifs chroniques, également observés par le Dr W. \_\_\_\_\_, qui proposait un traitement bio-psycho-social. Le Dr L. \_\_\_\_\_ estimait qu'une évaluation psychiatrique préalable était nécessaire, précisant que l'assuré n'avait toutefois pas de demande à ce niveau.

Dans sa réponse du 2 février 2017, l'OAI s'est référé à un nouvel avis émis le 30 janvier 2017 par le SMR. Celui-ci a souligné que le Dr N.\_\_\_\_\_ estimait qu'une prise en charge psychothérapeutique, pas forcément médicale, pouvait s'avérer utile dans le contexte bio-psycho-social, mais ne décrivait pas de symptomatologie psychiatrique particulière, ni n'évoquait de troubles de la lignée dépressive. Le SMR a par ailleurs retenu que le Dr L.\_\_\_\_\_ mentionnait des éléments dépressifs chroniques sans les décrire ni les dater et n'avait prescrit aucun médicament à but antidépresseur à l'assuré dans son ordonnance du 18 novembre 2016. Le SMR a conclu que le recourant n'avait pas prouvé de façon convaincante qu'une atteinte psychiatrique aurait dû être prise en compte. L'OAI a en outre relevé la position de confidents des médecins traitants dont il fallait tenir compte en matière de valeur probante.

Dans sa réplique du 16 mars 2017, le recourant a renvoyé aux arguments présentés dans son mémoire de recours.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 (art. 56 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal

cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 let. a LPA-VD).

**b)** En l'espèce, interjeté dans le respect du délai légal et des autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

**2.** Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer à l'assuré une rente d'invalidité, au motif que son degré d'invalidité est inférieur à 40 %.

**3. a)** 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 (cf. art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : un taux de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux de 60 % au moins donne droit à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins donne droit à une rente entière.

Aux termes de l'art. 8 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. 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)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 réf. citées).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 8C\_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance 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 précité consid. 3.3).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C\_407/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (TF 8C\_407/2014 précité ; voir également TF 9C\_276/2015 du 10 novembre 2015 consid. 4.3).

**4. a)** En l'occurrence, sur le plan somatique, les atteintes à la santé telles que diagnostiquées par les différents médecins concordent. L'assuré présente des cervico brachialgies bilatérales chroniques, une cervicarthrose étagée de C3 à C6 sans contrainte radiculaire, des lombosciatalgies bilatérales chroniques et un status post cure de hernie discale L4-L5 avec canal lombaire étroit en L4-L5 et rétrécissement foraminaux L3-L4 bilatéral. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a en outre mentionné des signes d'arthrose débutante aux hanches.

Il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale et définitive dans son activité habituelle de maçon. Certes, dans le cadre de l'expertise K.\_\_\_\_\_, le Dr O.\_\_\_\_\_ a estimé que l'état de santé de l'assuré pourrait permettre une reprise de son activité habituelle. Cependant, tant le SMR que les Dr Z.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont indiqué de manière concordante et convaincante que les limitations fonctionnelles que le Dr O.\_\_\_\_\_ reconnaissait à l'assuré n'étaient pas compatibles avec une activité de maçon.

En ce qui concerne la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il présentait une pleine capacité de travail sans diminution de rendement significative dans une activité adaptée depuis au moins novembre 2011 et a énuméré les limitations fonctionnelles à respecter. Il faut constater que l'examen rhumatologique du Dr Z.\_\_\_\_\_ est complet, pertinent et dûment motivé. Le SMR s'est d'ailleurs rallié aux conclusions de cet examen rhumatologique dans son avis médical du 15 août 2012. La pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée a en outre été corroborée par l'appréciation contenue dans le rapport final de Y.\_\_\_\_\_ dans le cadre des mesures professionnelles entreprises. Ce rapport final a fixé le rendement du recourant à 70 %, précisant que ce pourcentage pouvait évoluer à la hausse après une période de reconditionnement au travail. Le SMR, constatant que le reconditionnement débuté en avril 2014 avait rapidement dû être interrompu sur certificat médical, a finalement conclu que l'assuré présentait une diminution de rendement de 30 % dans une activité adaptée à 100 % (avis médical du 28 janvier 2015).

De son côté, le Dr L.\_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimé clairement sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Dans son rapport médical du 30 juin 2014, il a uniquement mentionné que des activités sollicitantes étaient exclues tandis que des stages dans des activités adaptées étaient possibles. Quant aux certificats d'incapacité de travail qu'il a régulièrement délivrés à l'assuré, ceux-ci ne sont nullement motivés ni détaillés. Enfin, s'il a dans un premier temps évoqué une aggravation des symptômes depuis février 2014 (rapport médical du 30 juin 2014), il a pour finir précisé qu'on ne pouvait pas véritablement parler d'aggravation en lien avec les cervicalgies et lombalgies (rapport médical du 22 novembre 2016). Ses prises de position doivent en outre être analysées au regard de la position empathique du médecin traitant.

Finalement, le Dr W.\_\_\_\_\_ a certes évoqué la présence de signes d'arthrose débutante aux hanches postérieurement à l'examen rhumatologique du Dr Z.\_\_\_\_\_, mais l'avis du SMR du 11 avril 2016 est

convaincant, en tant qu'il retient que cette symptomatologie est à mettre en lien avec les douleurs chroniques diffuses, déjà connues, et que les limitations fonctionnelles reconnues tiennent compte également de cette coxarthrose débutante.

Il se justifie par conséquent de retenir que l'assuré présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles énumérées par le Dr Z.\_\_\_\_\_, lesquelles ont été confirmées par le SMR et n'ont par ailleurs pas été contestées par le recourant. S'agissant du rendement du recourant, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'appréciation finale du SMR, selon laquelle il se justifie de tenir compte d'une diminution de rendement de 30 %.

**b)** Sur le plan psychique, le Dr L.\_\_\_\_\_ estime qu'une évaluation psychiatrique préalable est nécessaire, étant donné que le recourant présente indéniablement des éléments dépressifs chroniques, également observés par le Dr W.\_\_\_\_\_, qui propose un traitement bio-psycho-social. Comme le retient le SMR dans son avis du 30 janvier 2017, le Dr L.\_\_\_\_\_ évoque des éléments dépressifs chroniques sans toutefois les décrire ni les dater et n'a prescrit aucun médicament à but antidépresseur à l'assuré. Celui-ci n'est par ailleurs pas demandeur pour entreprendre un quelconque traitement. Les pièces médicales au dossier, dont aucune n'émane d'un psychiatre, ne permettent par conséquent pas de retenir la vraisemblance d'une atteinte psychiatrique qui devrait faire l'objet d'investigations.

Il faut bien plutôt constater que les troubles présentés sont d'ordre bio-psycho-social. Les médecins ont évoqué la présence de signes de non-organicité (Dr Z.\_\_\_\_\_, Dr T.\_\_\_\_\_) et de troubles douloureux chroniques (Dr Z.\_\_\_\_\_, Dr J.\_\_\_\_\_). Le Dr N.\_\_\_\_\_ a, quant à lui, souligné l'importance du contexte bio-psycho-social par rapport aux douleurs et c'est dans ce cadre qu'il a envisagé une prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportementale, étant précisé qu'il ne décrit pas de symptomatologie psychiatrique particulière, ni n'évoque de troubles de la lignée dépressive, comme le relève à juste titre

le SMR. A cet égard, on rappellera que si la médecine moderne repose sur une conception bio-psycho-sociale de la maladie, où la maladie n'est pas considérée comme un phénomène purement biologique ou physique, mais comme le résultat d'une interaction entre des symptômes somatiques et psychiques d'une part et l'environnement social du patient d'autre part, le droit des assurances sociales – en tant qu'il a pour objet la question de l'invalidité – s'en tient à une conception essentiellement biomédicale de la maladie dont sont exclus les facteurs psychosociaux ou socioculturels (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_603/2009 du 2 février 2010, in SVR 2010 IV 58 p. 177). Dans son examen rhumatologique, le Dr Z. \_\_\_\_\_ mentionne d'ailleurs explicitement que la composante à caractère de non-organicité n'a pas été prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré.

**c)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de confirmer les atteintes à la santé et leur répercussion sur la capacité de travail telles que retenues par l'intimé.

**5. a)** Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.4 et 128 V 29 consid. 1 ; cf. TF 9C\_725/2015 du 5 avril 2016 consid. 4.1). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (éditée par l'Office fédéral de la statistique [OFS]) ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 139 V

592 consid. 2.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.1 et références citées ; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance possible du droit à la rente, respectivement de la modification possible du droit à la rente, les revenus avec et sans invalidité devant être déterminés par rapport à un même moment (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.2).

Selon la jurisprudence, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2 in fine ; 134 V 322 consid. 5.2 et 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

**b)** En l'espèce, le recourant reproche à l'OAI d'avoir utilisé le salaire moyen pour des activités simples dans le secteur privé au motif que celui-ci tient compte d'activités, pour certaines bien rémunérées, qui ne lui sont pas ouvertes, compte tenu de ses compétences telles qu'elles ressortent du rapport final de Y.\_\_\_\_\_. Cet argument ne saurait être déterminant. En effet, vu le large éventail d'activités simples et répétitives (qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées) que recouvre le marché du travail, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant aucune formation spécifique, sont adaptées aux problèmes physiques et aux compétences du recourant. A titre d'exemples, on peut citer des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle (TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3).

C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est basé sur le salaire de référence auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités

simples et répétitives (niveau de compétences 1) dans le secteur privé en 2012, soit 5'210 fr. par mois (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA1). Après adaptation de ce montant à la durée de travail hebdomadaire usuelle dans les entreprises en 2012 et compte tenu de la baisse de rendement du recourant de 30 %, médicalement attestée, son salaire annuel avec invalidité s'élève à 45'623 fr., comme l'a calculé l'OAI. Le calcul de son salaire annuel sans invalidité, d'un montant de 73'120 fr., est également correct, et n'est du reste pas contesté.

Quant à l'abattement, l'intimé l'exclut quant à son principe, estimant que le rendement diminué de 30 % tient déjà compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles. Certes, lorsque les facultés réduites de rendement ont été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, elles ne sauraient l'être une seconde fois dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalidité en tant que réduction du salaire statistique (par exemple, TF I 724/02 du 10 janvier 2003 consid. 4.2). Le fait de ne retenir en l'espèce que le rendement diminué de 30 % pourrait cependant prêter flanc à la critique dès lors que peuvent également entrer en ligne de compte, en plus des limitations fonctionnelles déjà comprises dans la diminution dudit rendement, une inactivité de longue durée avec pronostic défavorable compte tenu du manque de formation, de la cristallisation des plaintes et de la mauvaise maîtrise du français. Toutefois, le bas niveau des qualifications professionnelles de même que le manque de connaissances linguistiques ne constituent pas un motif de déduction du salaire lorsqu'on se réfère au niveau d'exigences pour des activités simples et répétitives des tableaux de l'ESS (TF I 674/06 du 29 mai 2007 consid. 4.1.1). Or, en l'espèce, l'assuré étant précisément renvoyé à une activité simple et répétitive dans l'industrie légère, on ne voit pas que le manque de formation initiale ou de qualifications professionnelles ainsi que la mauvaise maîtrise de la langue puissent entamer sa capacité de gain dans un tel secteur d'activité, lequel respecte l'ensemble des limitations fonctionnelles telles que déjà prises en compte en terme de réduction du revenu d'invalidité. Quant à son âge, il faut constater qu'il avait 48 ans en 2012 (cf. ATF 138 V 457), élément qui ne justifie pas à lui seul un

abattement. L'approche concrète du cas d'espèce permet ainsi de considérer que le fait pour l'intimé de se borner à retenir la seule diminution de rendement de 30 % au titre de la réduction du revenu d'invalidé n'est pas critiquable. On observera du reste que l'intimé s'est proposé de mettre en œuvre plusieurs mesures dont l'assuré n'a en définitive pas voulu, tant en matière de cours de langue que de stages d'observation ou de placement, opposant une incapacité physique jugée en définitive peu compréhensible, ceci à dire d'experts, tant sur le plan médical que celui de la réadaptation. Partant, la décision de l'OAI doit être confirmée sur ce point.

En définitive, la comparaison des revenus avec et sans invalidité donne lieu à un degré d'invalidité de 37,6 %, arrondi à 38 % (cf. ATF 130 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

**6. a)** Le recours doit en conséquence 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<sup>bis</sup> LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe.

**c)** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 7 novembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Charles Munoz (pour le recourant),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :